

Univerzita Karlova v Praze

1. lékařská fakulta

Studijní program: Ošetřovatelství

Studijní obor: Všeobecná sestra



Kristýna Hvězdová

Demence u seniorů

Dementia seniors

Bakalářská práce

Vedoucí závěrečné práce:

Mgr. Eva Marková, Ph.D.

Praha, 2015

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci na téma Demence u seniorů zpracovala samostatně, a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze dne 13. 04. 2015

Kristýna Hvězdová

Identifikační záznam:

HVĚZDOVÁ, Kristýna, *Demence u seniorů. [Dementia seniors]*. Praha, 2015. 59 s., 7 příl. Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Ústav teorie a praxe ošetřovatelství. Vedoucí práce Mgr. Eva Marková, Ph.D.

Poděkování:

Velké poděkování patří mé vedoucí bakalářské práce za ochotu, vstřícnost, kritiku, trpělivost a cenné rady.

Z celého mého srdce děkuji své rodině a svému příteli za neutuchající trpělivost a obrovskou podporu i v těch méně příjemných chvílích.

Můj velký dík patří i vrchní sestře a ošetřujícímu personálu z domova seniorů za ochotu v poskytování informací.

V neposlední řadě děkuji pacientce a její rodině, která byla po celou dobu mého ošetřování inspirací k napsání této práce.

Děkuji

Abstrakt:

Tato bakalářská práce se zabývá problematikou demencí. Specifikací a druhy demence, s jejími projevy, a s ní spojenými změnami chování, depresivními a úzkostnými stavy. Potřebami takto nemocných lidí a zásadami komunikace a práce s nimi. Hlavním cílem práce bylo zjištění potřeb a ošetrovatelských intervencí v průběhu progresu onemocnění u pacientky.

Náplní praktické části bylo vypracování případové studie pacientky s diagnózou Alzheimerovy choroby s pozdním začátkem. Výzkum byl uskutečněn v domově seniorů a šetření probíhalo od března 2013 do října 2014. Technika sběru dat byla uskutečňována prostřednictvím rozhovorů a testu kognitivních schopností (MMSE) s naměřenými body 17 a 0. Z výsledků výzkumu vyplynulo, že pacientka postižena lehkou kognitivní poruchou byla schopna aktivního, důstojného a naplněného života. Samozřejmostí bylo naplňování běžných denních potřeb samostatně. Při progresi onemocnění, o rok a půl později, musely být tyto základní potřeby péče o sebe sama vykonávány druhou osobou. Rozdíly byly patrné především v příjmu stravy a tekutin, vylučování, pohybu a komunikaci. Alzheimerova choroba je zatím nevyléčitelné onemocnění. Správnou péčí, komunikací a dostatečnou dávkou empatie, je však možno zachovat co nejdéle kvalitní a důstojný život nemocného.

Klíčová slova

demence, Alzheimerova demence, změny chování, deprese, komunikace, ošetrovatelská péče

Abstract:

This bachelor's thesis deals with dementia. It describes kinds of dementia with their manifestations and changes of behaviour, depressive and anxiety conditions, which happens during this age period, too. Needs of such ill people and the principles of communication and work with them. The main objective is to determine the needs and nursing interventions during disease progression in patient.

In the practical part is to develop a case study of patient diagnosed with Alzheimer's disease with late onset. The research was carried out in a retirement home and a survey was conducted from March 2013 to October 2014. The technique of data collection was based on interwieves and tests of cognitive ability (MMSE) with measured points 17 and 0. The results of the research showed that the patient experienced mild cognitive impairment has been able to aktive, dignified and fulfilled life, Of course there was the fulfillment of daily needs alone. As the disease progresses, a year and a half later, they have to be these basic needs for self-care performed by another person. The differences were apparent in the food and fluid intake, excretion, movement and communication. Alzheimer's disease is currently incurable disease. Proper care, communications and sufficient emphaty can provide longer quality and dignified life to the patient.

Keywords

dementia, Alzheimer's disease, change of behaviour, depression, communication, nursing care

Obsah

1.	Úvod	1
2.	Demence	3
2.1	Definice a základní charakteristika	3
2.2	Stanovení diagnózy	4
2.3	Klasifikace a etiologie	4
2.4	Klinický obraz demence	5
2.5	Demence z hlediska potřeb	6
2.6	Behaviorální a psychologické příznaky demence	7
2.7	Vyšetřovací metody u demencí	8
2.7.1	Test kognitivních schopností (MMSE)	9
3.	Alzheimerova demence	11
3.1	Vymezení pojmu a statistika	11
3.2	Historie AD	11
3.3	Léčba AD	12
3.3.1	Prevence	12
3.4	Postižení aktivit denního života	12
3.5	Vývojová stadia	13
3.6	Poruchy chování a nálad	14
4.	Komunikace s člověkem trpícím demencí	15
4.1	Jak komunikovat	15
4.2	Obecné zásady v přístupu k pacientům s demencí	16
5.	Teorie a modely ošetřovatelství	17
5.1	Virginia Handerson: Teorie základní ošetřovatelské péče	17
6.	Aktivizace	18
7.	Empirická část	19
7.1	Metodologie práce	19
7.2	Výzkumný cíl	19
7.3	Design výzkumu	19
7.4	Výběr případu	19
7.5	Technika sběru dat	20
7.5.1	Pracoviště	20
7.6	Pacientka paní M.	20
7.6.1	Nynější stav pacientky	20
7.6.2	Diagnózy	21
8.	Paní M. č. 1	22
8.1	Posouzení dle Virginie Handerson (MMSE 17 bodů)	24
9.	Paní M. č. 2	28
9.1	Posouzení dle Virginie Handerson (MMSE 0 bodů)	30
10.	Diskuze a závěry	35
11.	Seznam literatury	38
12.	Seznam použitých zkratk	40
	Seznam tabulek	41
13.	Přílohy	42
13.1	Seznam příloh	42

1. Úvod

Stáří jednoznačně patří k období života. S prodlužující se střední délkou života přibývá v naší společnosti stále více seniorů. Proto autorka považuje problematiku stáří za hodnou větší pozornosti. Pozornost by měla přicházet od rodinných příslušníků i od celé společnosti. Rostoucí věk je často spojován s různými involučními změnami jako je např. úbytek sil, zhoršování kognitivních funkcí, rostoucí míra nemocí, ale i změny spojené s psychickou a sociální stránkou. Autorka byla nejednou přítomna situaci, kdy si rodina nevěděla rady v péči o svého seniora a v chování vůči němu.

O problematiku stárnutí a života ve stáří, se autorka začala zajímat, když se rozhodla vypomáhat v domově seniorů v Praze. Učila se poznávat staré lidi a jejich chování. Často musela řešit různé svízelné situace jako depresivní odmítavé jednání, nechť k jídlu, ale i dopomoc při vyměšování atd. Tyto situace autorku naučily trpělivosti a shovívavosti v jednání se starým člověkem. Troufla by si říci, že vycházet se starým, zapomnětlivým, depresivním a svéhlavým člověkem je „špetka umění“. V domově seniorů je v ošetřování uplatňován model dle Virginie Handersonové. Ošetřovatelský proces dle tohoto modelu považuje autorka za nejvíce uspokojující seniorovy potřeby a přání. Ve výzkumné části se autorka zaměřila na pacientku, u které byla stanovena diagnóza Alzheimerovy demence s pozdním začátkem.

Cílem této bakalářské práce bylo zjistit, jak se měnily potřeby a ošetřovatelské intervence u pacientky v průběhu progresu onemocnění.

Autorku také zajímala problematika aktivizace seniorů. Dnešní společnost nemá příliš velké povědomí o formách aktivizace seniorů a jejich zapojování do běžného života. Přestože techniky aktivizace jsou mezi seniory kolikrát velice oblíbené a účinné. Mluvíme hlavně o technikách trénování paměti či rozvíjení kreativních činností. Člověk v produktivním věku, žijící v dnešní společnosti, si těžko spojí slova šikovný a senior. Mnohdy ale výrobky, které vzniknou právě při této aktivizaci, jsou velice pěkné a propracované. I autorka byla mnohdy překvapena, jak dokáže být taková „stará babička“ šikovná a vynalézavá. Na téma aktivizace seniorů se autorka zaměřuje jak v teoretické části, tak v praktické části uvedením příkladu u vyšetřované pacientky a přiložením ukázky obrázku v příloze č 4. Pacientka paní M. při příchodu do domova využívala aktivizační program, probíhající v domově seniorů každý den, velice ráda. Už jenom proto, že byla v příjemné společnosti stejně starých lidí. V Domově seniorů v Praze probíhá aktivizační program každý všední den a někdy i o víkendu. Autorka vypomáhá v domově již delší dobu, a proto byla každý den svědkem toho, jak aktivizace pacientům prospívá. Pacienti, kteří nejsou zcela imobilní a připoutáni na lůžko, se každý den schází ve společenské místnosti, která se nachází v přízemí budovy.

Každé poledne byli svezeni výtahem buď na vozíčku, či s chodítkem. Někteří z nich potřebovali podporu francouzských holí nebo stačila podpora personálu. Aktivizační program vedla ergoterapeutka, na kterou byli klienti zvyklí a měli ji velice rádi. Každý den pro ně měla připravený jiný program a uměla perfektně klienty zabavit na dlouhou dobu. Většina pacientů po dopoledním programu zůstávalo v jídelně na oběd a odpoledne program pokračoval. Po skončení aktivizačního programu se nabízela možnost posedět na kávě v recepci. Účastníci programu si často rádi pohovořili se svými vrstevníky. Bylo poučné se občas do rozhovorů připojit a kolikrát překvapivé, jak jsou tito senioři sečtělí a znalí dění ve světě i v naší republice.

Autorka neměla před napsáním práce příliš mnoho informací a zkušeností s Alzheimerovou chorobou. Dnes už ví, jak těžké je starat se o takto nemocného člověka. Mohla nahlédnout do soukromí příslušníků rodiny, vyslechnout si jejich strasti, smutek a nakonec i smíření s výskytem této nemoci u jejich nejbližší osoby. Také si mohla ošetřování a komunikaci s postiženým vyzkoušet na vlastní kůži. Zjistila, že pokud se chce s tímto člověkem domluvit, musí se naučit vnímat ho z jiného úhlu pohledu a naladit se na tzv. „jeho svět“. K těmto znalostem samozřejmě bylo nezbytné, aby si autorka nastudovala některé skutečnosti, které by měla znát i rodina člověka postiženého Alzheimerovou demencí. Proto autorka doufá, že tato práce bude třeba jen malou inspirací lidem, kteří se musí nějakým způsobem potýkat s touto nemocí anebo lidem, kteří se jen chtějí dozvědět o této nemoci více.

2. Demence

2.1 Definice a základní charakteristika

Demence je jedna z nejobávanějších a nejčastějších nemocí vyššího věku, tzn. u osob starších 65 let. Podle odhadů trpí demencí více než 6% populace starší 65 let. Odborníci se domnívají, že v příštích 40 letech se toto číslo může zvýšit až na trojnásobek díky stále se zvyšující střední délce života.

Nejčastějším druhem demence je demence při Alzheimerově nemoci. Trpí jí zhruba 3% populace dosažených 65 let a až třetina populace v dosažených 80 letech. Statistiky ukazují, že v České republice je to zhruba 120 – 130 000 postižených. (Franková, 2011)

Definice demence dle světové zdravotnické organizace (WHO) z roku 1992 zní: *„Demence je syndrom, který vznikl následkem onemocnění mozku, obvykle chronického nebo progresivního rázu, u něhož dochází k narušení mnoha vyšších korových funkcí, včetně paměti, myšlení, orientace, chápání, uvažování, schopnosti učení, řeči a úsudku. Vědomí není zastřeno. Zhoršení kognitivních funkcí je obvykle doprovázeno, někdy také předcházeno, zhoršením kontroly emocí, sociálního chování nebo motivace.“* (Kalvach & Onderková, 2006).

Demence je syndrom zahrnující různé symptomy. Ovšem tyto symptomy se netýkají pouze oblasti kognitivních¹ funkcí, nýbrž i změn oblasti sociální a osobnostní, které následně vedou k celkovému úpadku kvality pacientova života. Tento proces začíná lehkou duševní degradací pacienta, pokračuje nezvládnutím běžných denních dovedností a končí úplným odkázáním na péči druhé osoby. Tato péče probíhá buď v kruhu rodinném nebo v různých ústavech sociální péče či nemocnicích. Základní příznaky, které tento syndrom z pravidla zahrnuje, popsala Žáková v časopise Sestra takto:

- Deteriorace intelektu – v tomto bodě jde o podstatné snížení intelektu jedince. Například o významné poruchy paměti, orientace, poruchu abstraktního myšlení, chápání či pozornosti.
- Poruchy korových funkcí – poruchy chování, emotivity, degradace osobnosti
- Přidružené často se vyskytující psychické poruchy – paranoidita², poruchy vnímání, deprese. (Žáková, 2010, str. 71)

¹Kognitivní - Rozpoznávací, týkající se vnímání a myšlení. (Velký lékařský slovník, 2008)

²Paranoidní – Nadměrně vztahovačný a podezřívavý. (Velký lékařský slovník, 2008)

2.2 Stanovení diagnózy

Ke stanovení diagnózy demence je zapotřebí několika předpokladů. Kromě poruchy krátkodobé či dlouhodobé paměti musí být přítomna alespoň ještě jedna porucha s důsledky pro každodenní život. Např:

- porucha orientace (zmatenost místem, časem či osobou)
- změna osobnosti
- omezená soudnost
- porucha abstraktního myšlení (vynechávání slov, smysl přísloví, nacházení definic slov atd.)
- porucha vyšších kognitivních funkcí (akalkulie³)

Tyto všechny příznaky musí trvat delší dobu než 6 měsíců. K diagnóze demence nepatří poruchy chování. Ovšem bývají velkým problémem v ošetřování těchto osob, zvláště pak v domácím prostředí, kdy rodina kolikrát neví, jak se v takovýchto situacích zachovat (klient se může chovat hlučně, vulgárně, může trpět halucinacemi⁴ či bludy⁵). (Schuler & Oster, 2010)

2.3 Klasifikace a etiologie

Dle prof. MUDr. Evy Topinkové, CSc. (2005) jsou nejčastější příčiny demence ve vyšším věku rozděleny následovně:

- Alzheimerova nemoc, která tvoří zhruba 50-60% všech demencí ve stáří. Dle klinických charakteristik demencí se Alzheimerova nemoc vyznačuje především postižením paměti, orientace, řeči, zrakově-prostorových funkcí. Typický pro toto onemocnění je plíživý, nenápadný začátek a trvale postupující progrese onemocnění. Spojovány s Alzheimerovou demencí jsou i časté poruchy chování jako bloudění, agitovanost, apatie.
- Vaskulární demence, jsou druhé nejčastější demence, zastoupeny přibližně 15-30% . Podstatou vaskulárních demencí jsou neurologické ložiskové projevy jako parézy, inkontinence, instabilita, afázie. U tohoto onemocnění se také projevují často deprese. Progrese onemocnění se prohlubuje tzv. „skoky“ v důsledku dalších vaskulárních lézí na mozk.
- Demence s Lewyho tělísky, zastoupena 10-20%, je typická svým kolísajícím průběhem. Kolísají zde mentální funkce napodobující delirium, kdy paměť bývá zachována, ale přítomna je porucha pozornosti, zrakové halucinace, bludy. Antipsychotika u této demence způsobují zvýšenou citlivost k nežádoucím účinkům.

³ Akalkulie - narušená schopnost až neschopnost zvládnání základních početních operací (Slovník cizích slov, 2005)

⁴ Halucinace – vjem bez vnějšího podnětu – např.: vidina jedoucího autobusu, ale ulice je prázdná (Slovník cizích slov, 2005)

⁵ Blud – chorobně a nevyvratně přesvědčení neodpovídající realitě – např.: přesvědčení, že mě syn okrádá, ale není to pravda (Slovník cizích slov, 2005)

- Frontotemporální demence se objevuje již před 65. rokem v 15%, mezi onemocněními vyššího věku se vyskytuje zhruba ve 3-5%. U tohoto druhu demence bývá postižena paměť a orientace jen velmi mírně. Typické pro průběh onemocnění jsou hlavně poruchy osobnosti a chování projevující se např. vtipkováním či hrubostí. Přítomné jsou také poruchy řeči, inkontinence a ztráta náhledu.
- Sekundární demence je zastoupena v 2-5%. Patří sem tzv. metabolicko-toxické demence projevující se při hypotyreóze, při nedostatku vitamínu B12 či polékové demence. Sekundární demence se může projevit i u infekcí CNS jako např. AIDS či terciální lues. Také se mohou objevit u subdurálního hematomu nebo při normotenzním hydrocefalu. U starých osob se bohužel těžko dosahuje plné reverzibility stavu a kognitivní deficit přetrvává.

(Topinková, 2005)

2.4 Klinický obraz demence

Rozdělení demencí dle MUDr. Evy Topinkové, CSc. kdy je přítomna kognitivní porucha různého stupně a to vždy:

1. Lehká demence – mírná porucha orientace v datumu, porucha výbavnosti, dysnomie⁶, omezení sociálních aktivit zhoršený náhled, změny chování a nálady (deprese, iritabilita⁷, apatie⁸), nespolehlivé užívání léků, potíže při zvládání finančních záležitostí;
 2. Středně těžká demence – dezorientace místem i časem, kdy se pacient ztrácí na známých místech, porucha řeči – dysnomie ale i porucha porozumění, progresivní porucha paměti ztráta náhledu, potíže se zvládáním běžných domácích prací, dodržováním hygieny, pravidlem je výskyt závažnějších behaviorálních poruch;
 3. Těžká demence – se vyznačuje těžkou dezorientací, objevuje se těžká porucha staropaměti i novopaměti, těžká smíšená fatická porucha, neschopnost dodržet hygienu, porucha motorických stereotypů včetně chůze (imobilita), inkontinence.
- Omezení v instrumentálních činnostech, v pozdějších fázích nemoci i v sebeobslužných činnostech
 - Behaviorální a psychologické symptomy u demence: změny osobnosti, apatie, deprese úzkost, zmatenost, agresivita, bloudění, psychotické symptomy – bludy (nejčastěji paranoidní představy o krádeži, o ztrátě partnera, o pronásledování), halucinace, velmi časté jsou poruchy cyklu bdění-spánek. Tyto jevy bývají přechodné a vyskytují se s různou intenzitou.

⁶ Dysnomie – poruchy řeči, obtíže při pojmenovávání (Slovník cizích slov, 2005)

⁷ Iritabilita – nedůtklivost, nadměrně zvýšená citlivost (Slovník cizích slov, 2005)

⁸ Apatie – naprostá pasivita, netečnost a lhostejnost, zeslabení zájmů a reakcí vůči věcem (Slovník cizích slov, 2005)

Objevení se některého z těchto příznaků obvykle znamená závažnější průběh choroby a je nutná ústavní péče. (Topinková, 2005)

4. Terminální stádium – V terminálním stadiu je řeč o prognóze trvající měsíce (tento stav znamená obvykle poslední rok života). V terminálním stavu se prognóza pohybuje od dnů po týdny. Rychlost přechodu mezi těmito dvěma stádii závisí na typu demence a vzniklých komplikací. Buď je přechod plynulý anebo náhlý. V tomto stádiu demence se stává člověk zcela závislým na péči rodiny či ošetrovatelského personálu. Úplně ztrácí schopnost komunikovat. Jak verbálně, tak neverbálně. S tímto stavem souvisí i porucha příjmu potravy a tekutin, ztráta polykacího reflexu, vznik úplné inkontinence a pacient je zcela upoután na lůžko. Mizí svalová hmota. V drtivé většině případů zde vzniká i bolest v důsledku kontraktur či nepohodlné polohy. Důležitá je v tomto bodě kvalita ošetrujícího personálu a zajištění důstojného umírání. (Holmerová, 2013)

2.5 Demence z hlediska potřeb

V porovnání s E. Topinkovou charakterizovala I. Holmerová (2009) stadia demence z hlediska potřeb v různých stádiích nemoci.

- 1) Počínající a mírná demence – v této fázi nemoci je člověk ještě soběstačný a může se o sebe postarat bez potřeby trvalého dohledu a péče.

Mírná kognitivní porucha neboli lehká duševní porucha, se projevuje v tomto počínajícím stadiu demence různými dysfunkcemi⁹. Jedná se např. o poruchu učení se nové látce, pacient si stěžuje na poruchy paměti, mírně zpomalené chápání i myšlení, objevuje se i zhoršená orientace (místem, časem či osobou). Tyto ukazatele jsou měřitelné, ale v mírné formě demence ještě nesplňují kritéria pro stanovení diagnózy demence. Tato situace se objevuje ve vyšším věku, u lidí nad 65 let ve zhruba až 20%. (Jiráček, et al., 2009)

- 2) fáze rozvinuté demence – V této fázi je třeba zajistit pacientovi nepřetržitý dohled, péči a pomoc.

V této fázi nemoci potřebuje pacient výraznější dohled nad svými úkony. Je třeba dohlížet na podávání léků pečující osobou. Dobré je odstranit koberec, rohože, elektrospotřebiče a tak zvýšit bezpečnost pacienta. Paměť již začíná značně vynechávat. Z tohoto důvodu je možné označit běžné věci štítky s popisky (např: Zubní protéza). A je také možné přidat popisek, k čemu konkrétní věc slouží (např: Toto je zubní protéza a vkládá se do úst.)

- 3) Pokročilá a terminální fáze – Dochází k vyhasnutí verbální složky a výraznému omezení komunikace. Pacient je trvale odkázán na péči druhé osoby. Důležitým bodem je snaha zachovat důstojnost a úctu.

⁹ Narušená nebo odchylná funkce. (Slovník cizích slov, 2005)

Je nutné mluvit pomalu a jemně. Snažit se pacientovi zpříjemnit všechny denní běžné úkony jako např.: Pustit teplou vodu při sprchování. Pacient obvykle potřebuje velký časový prostor při stravování. Zvyšuje se potřeba spánku. (Kantorková, 2011)

2.6 Behaviorální a psychologické příznaky demence

Behaviorální příznaky (anglicky behaviour = chování) jsou pro okolí, ale někdy i pro pacienta samotného nejobtížnější projevy. Mohou se objevit již od prvopočátků demence (u frontotemporálních demencí časté), ale zpravidla se rozvíjejí ve středních stádiích demence a vrcholí v těžkých stádiích.

Poruchy chování mohou mít různý charakter. Velmi časté bývají stavy neklidu (výrazné například u Alzheimerovy choroby a demencí s Lewyho tělísky). Někdy se vyskytuje u pacientů neustálý neklid, který může být jen drobný, ale také výraznější. Tomuto neklidu se říká agitovanost. Stavy silného neklidu můžou, ale nemusí být spojeny s agresivitou. Jsou to například útěky z domova, napadání členů rodiny, pečovatелů, zdravotního personálu, ničení věcí, vykřikování, nadávání, neustálé upoutávání pozornosti aj. Jindy je to pouze neúčelné, ale klidné jednání, například přenášení věcí, svlékání se.

U demencí se mohou naprosto nekonstantně a zpravidla přechodně vyskytnout přidružené psychotické příznaky (psychóza = psychická porucha, u níž je porušen kontakt s realitou, například produkcí bludů). Pokud produkují bludy, jsou tyto bludy nesystematického obsahu – zpravidla přesvědčení o okrádání, někdy velmi bizarní (např. přesvědčení, že jim kradou peří z peřin). Při prosazování svých bludných představ mohou být pacienti velmi úporní. Poruchy vnímání – halucinace bývají nejčastěji zrakové, například v noci vidí přicházet do své místnosti cizí lidi (časté u demencí s Lewyho tělísky).

Deliria nejsou součástí demence, ale velmi často se u demenčních pacientů vyskytují. Nejčastější je to u demencí s Lewyho tělísky. Při zvýšeném výskytu delirií u demencí musíme pátrat po vyvolávající příčině, například po tělesné poruše (infekce, metabolické poruchy aj.), nevhodné medikaci, psychosociálním stresu a dalších příčinách.

Poruchy emocí (afektů, nálad) jsou u demencí časté, zpravidla přechodného a kolísavého charakteru. V rámci poruch chování se vyskytují nekontrolovatelné afekty, hlavně afekty vzteku. Mohou se také vyskytovat afekty smutku s pláčem, častější například u vaskulárních demencí. Z chorobných nálad se nejčastěji vyskytuje deprese, častá je například u demencí s Lewyho tělísky, nebo vaskulární podkorové demence, u Alzheimerovy choroby se vyskytuje ve 20-50%.

Poruchy spánku (nespavost, méně často nadměrná spavost) se u demencí vyskytují v hojné míře, ale ještě častější je posun cyklu spánek – bdění. Postižení později usínají a později se probouzejí. Někdy dochází až k plné inverzi spánku – v noci jsou bdělí a ve dne spí. (Jiráček, et al., 2009)

2.7 Vyšetřovací metody u demencí

V dnešní době se diagnóza demence stále ještě významně podceňuje, i když určité zlepšení již nastalo. Rodina i lékaři hodnotí některé příznaky demence jako příznaky stárnutí bez klinického významu a nevěnují jim zaslouženou pozornost. Podobnému osudu často neuniknou ani příznaky deprese, které můžou, ale nemusí s demencí souviset a staršího člověka odsoudí k velkým vnitřním bolestem, které nepochopí, kdo je neprožil.

Každá změna stavu, každý příznak připomínající demenci či jinou změnu duševního stavu je potřeba vyhodnotit dobrým lékařem. Při pochybnostech je nutné navštívit specialistu.

Diagnostika demence je proces, na kterém se významně podílí několik rovnocenných složek – pacientem a pečovatelem počínaje a lékařem, který všechny výsledky a informace shrne a vysloví diagnózu, konče.

Aby byla diagnostika komplexní je zapotřebí provést několik zásadních kroků. Důležité je odebrání anamnézy. Informace je nutné získat i od blízké osoby. Dále se hodnotí aktivity denního života a přítomnost poruch chování a nálady pomocí dotazníků nebo rozhovoru. K základním vyšetřením u osob s podezřením na demenci patří stanovení laboratorních parametrů (hormony štítné žlázy, hladiny vitamínu B12 a kyseliny listové), zhodnocení kardiopulmonálního systému a zobrazení mozku. (Čechová, Bartoš, Doležil & Řípová, 2011)

U pacientů s kognitivním deficitem je nutné hodnotit i poruchy chování a míru depresivity (Hamiltonova škála – GDS) a rovněž funkční integritu (aktivita denního života - ADL). (Hort, Rusina et al., 2007)

V následující tabulce jsou pro lepší přehlednost shrnuty typy vyšetřovacích metod.

Tab. č. 1 Složky účastníci se procesu diagnostiky demence

Kritéria	
Pacient a pečující osoba	anamnéza – rodinná, osobní, farmakologická, pracovní a sociální, informace o nynějším onemocnění – z hlediska příznaků i časové postupnosti
Somatické vyšetření	TK, pulz, EKG, laboratorní vyšetření (krevní obraz, hladina vitamínu B ₁₂ , kyseliny listové, vyšetření krevních minerálů, urea, kreatinin (dusíkaté látky, které v těle vznikají při látkové přeměně), jaterní testy, vyšetření hormonů štítné žlázy, neurologické vyšetření, EEG (elektroencefalogram – vyšetření elektrické mozkové aktivity)
Orientační vyšetření poznávacích funkcí	používají se různé testy paměti a dalších poznávacích funkcí, z nichž nejobvyklejší je celosvětově užívaný test MMSE (Mini-Mental State Examination); často je používám test kreslení hodin i řada jiných metod
Zobrazovací techniky	CT mozku, magnetická rezonance mozku (MR), dále zobrazovací metody s použitím radioaktivně značených látek – SPECT, PET – tyto metody zobrazují především látkovou přeměnu a průtok krve mozkiem, elektroencefalografické metody (EEG)

Zdroj: (Jirák, R., et al. (2009). *Demence a jiné poruchy paměti. Komunikace a každodenní péče*. Praha: Grada Publishing.)

2.7.1 Test kognitivních schopností (MMSE)

S přibývajícím věkem se fyziologicky snižuje schopnost kognitivních funkcí, objevují se stařecké problémy s pamětí a zhoršuje se zvládání běžných denních činností. Tento přechod od fyziologických problémů po patologické je pozvolný. Pro vykonávání ošetrovatelské péče o pacienta s demencí je důležité rozpoznat, kdy už začíná patologie. Jedním z nejpoužívanějších testů k prvotnímu vyšetření kognitivních deficitů je právě MMSE.

2.7.1.1 Příprava pacienta

Při přípravě pacienta na tento test je důležité zajistit dobré materiální, organizační i psychologické podmínky. Není dobré u pacienta stát a hledět na něho z výše, ale posadit se k němu tak, aby neměl pocit ponížení. Nejlépe je hodnotit jeho funkce po jídle, kdy je pacient spokojen. Také není dobré hodnotit pacientovi funkce po ránu či večer, kdy může být jeho vědomí zastřeno. Důležité je pacienta patřičně s testem seznámit a vysvětlit mu, jak bude test probíhat, a že některé otázky mu mohou připadat hloupé. Ovšem je potřeba tento test vyplnit. Toto provedeme proto, aby

nedošlo k nepříjemné situaci a vyšetřovaný neměl pocit, že testováním a pokládáním otázek jsme ho automaticky degradovali na dementního či dokonce hloupého. Ohled je třeba brát na sluchové či zrakové postižení. A nějakým způsobem ho korigovat (naslouchátko, brýle).

2.7.1.2 Testování pacienta

Test je rozdělen do několika částí. Test začíná zkoumáním pacientovy orientace, paměti a pozornost a následně jsou tyto funkce hodnoceny. V další části se test zaměřuje na užší schopnosti jako pojmenování předmětů, psaní, opakování slov. Zkoumá se reakce na psaný pokyn.

Výzkumné otázky: V první části zkoumáme orientaci. Ptáme se na datum, roční období, jaký máme nyní rok, den v týdnu, ve kterém jsme městu, okrese, zemi, jak se jmenuje místo, kde se pacient nachází a v kolikátém jsme poschodí. Za každé správné zodpovězení otázky může vyšetřovaný získat 1 bod.

Ve druhé části se zaměřujeme na paměť a opakování. Pacientovi se vysvětlí, že se bude vyšetřovat paměť, a že je důležité, aby si zapamatoval tři slova: Lopata, šátek, váza. Zapamatování si těchto slov je důležité pro pozdější splnění úkolů. Pokud pacient není schopen si slova zapamatovat, můžeme mu je zopakovat maximálně pětkrát.

V třetí části se vyšetřuje počítání a pozornost.

Hodnocení: Nejvíce bodů – 24 až 30 by tedy měl dosáhnout úplně zdravý člověk bez nálezu. 23 až 17 bodů značí lehké kognitivní omezení. 17 a méně bodů nasbírá člověk s těžkou kognitivní poruchou. (Schuler & Oster, 2010)

3. Alzheimerova demence

3.1 Vymezení pojmu a statistika

Alzheimerova choroba je závažné neurodegenerativní, ireverzibilní a progresivní onemocnění zasahující do života celé rodiny. Řadí se mezi nejčastější demenci vyskytující se vůbec. V přepočtu na procenta představuje asi 50 – 60% všech demencí. Přibývá více žen i mužů, u kterých je tato demence diagnostikována. Dle epidemiologických průzkumů posledních let, je tento jev zapříčiněn stále více stárnoucí populací, zvyšováním střední délky života i lepší a včasější diagnostikou. Dle odborníků trpí Alzheimerovou chorobou každý desátý člověk nad 65 let. A s každým pětiletím se toto číslo zdvojnásobuje. Nad 85 let je to zhruba každý druhý. Celosvětově se odhaduje na 25 milionů nemocných. V České republice jsou odhady kolem 90 – 100 000 nemocných. Zvýšení počtu nemocných až o 70% se odhaduje do roku 2030. Co se týče žebříčku úmrtnosti, tak se Alzheimerova choroba umístila na žebříčku všech úmrtí na čtvrtém až pátém místě. (Franková, 2011)

3.2 Historie AD

Demence postihuje lidstvo již odpradáva. První zmínky jsou zaznamenány již antickými lékaři, kteří se domnívali, že úbytky duševních i kognitivních funkcí nějak souvisí se stářím.

Ke konci 19. století psychiatrická zkušenost ještě nedovolovala rozlišit poruchy získané ve stáří s nedostatkem intelektu. Ve 20. století však nastal převrat ve výzkumu demencí. Zasloužil se za něj německý lékař Alois Alzheimer (1864 - 1915) se svou kazuistikou jedenapadesátileté pacientky Augusty D. Tato pacientka ke konci života projevovala známky ztráty intelektu, poruchy řeči či úsudku. Po pitvě byly prokázány degenerativní změny na mozku nemocné. (Kalvach, 2010, str. 135-140). Na základě výzkumu a práce Aloise Alzheimerera se tento druh demence po tomto lékaři dodnes nazývá.

Výzkum Alzheimerovy choroby během posledních 25 let zaznamenal opravdu markantní vývoj. Bylo vytvořeno množství teorií, jak neurony onemocní, začnou špatně fungovat a umírají. Vědci se snaží zjistit, proč se mozek u nemocných lidí zmenší a mizí schopnost učení se a paměti. Dnešní výzkum se začíná stále více obracet na otázku prevence. Jak říká lékař a přední mozkový specialista David Bennet: „Je daleko snazší zachránit nemocný neuron než mrtvý neuron.“ Co se týče prevence choroby, sepsala Jean Carperová sto kroků, které může člověk podniknout v prevenci Alzheimerovy choroby. Např: jíst čokoládu, pít víno, být optimista nebo nelenošit. (Carper, 2011)

V současnosti se problematice demencí věnuje zvýšená pozornost. Hlavně na celoevropské úrovni. V roce 2008 se stala Alzheimerova choroba v Evropě prioritou za francouzského předsednictví v EU. Odborníci dospěli k názoru, že nejlépe uspokojit potřeby dementních pacientů může jedině diferencovaná nabídka služeb v komunitní péči. Tato péče by pomohla hlavně rodinným příslušníkům zvládat péči o své blízké bez stresu a újmy na vlastním zdraví. (Gabriel, 2010, str. 17)

3.3 Léčba AD

Léčba Alzheimerovy choroby byla v poslední době podrobena značné pozornosti. Stále je však takto choroba nevléčitelná. Důležitým faktorem v léčbě AD je včasné zahájení léčby. Včasná léčba umožňuje zpomalit průběh nemoci a zlepšit kvalitu pacientova života. Další důležitým faktorem se jeví komplexnost léčby. To znamená, že léčby se od samého počátku účastní několik odborníků. Průběh léčby probíhá za účasti lékaře – psychiatra nebo neurologa ve spolupráci s praktickým lékařem, geriatrem, psychologem, sestry, fyzioterapeuta, socioterapeuta a pečovateli pacienta – především rodiny.

V současné farmakoterapii se používají antidepresiva v případě výskytu depresivních nálad. Při výskytu nočních stavů neklidu se nasazují neuroleptika. Pro zlepšení celkového metabolismu mozku tzv. nootropika. Farmakoterapie se doplňuje ještě o látky blokující kalciové kanály nervových buněk a léky likvidující volné kyslíkové radikály (vitamin C, vitamin E, retinol a jiné.) (Koudelková, & Nádvorníková, 2010, str. 72-73)

Uplatňována není jen farmakologická léčba, ale i léčba biologická. V USA je využívána tzv. dietologická terapie. Tato terapie obsahuje některé suroviny, které jsou zakomponovány do jídelníčku pacienta. Ten se skládá např. z luštěnin, libového masa nebo čokolády. (Koukolník, & Jiráček, 1999)

3.3.1 Prevence

Čím více stárne populace, tím více se objevují různé rady jak se chovat v prevenci proti syndromu demence. Základem je samozřejmě zdravý životní styl. Dostatek pohybu (minimálně půl hodina rychlejší chůze/den), správné stravovací návyky (pravidelná konzumace zeleniny a ovoce), omezení škodlivých látek (alkohol, kouření), duševní klid, trénink kognitivních funkcí, učení se novým věcem, hraní počítačových her náročných na pozornost, vyvarování se deprese, či její zlepšení pomocí psychologických přístupů. (Holmerová, 2003, str. 26)

3.4 Postižení aktivit denního života

Začínající demence se projevuje porušením běžných i profesionálních dovedností. Narušena bývá i, u zdravých lidí samozřejmě a nejvíce důležitá, péče o sebe sama. Míra poruchy v těchto stránkách péče se váže přímo úměrně tíži

demence. Na počátku vypadávají například složitější profesní aktivity, postupně se porucha rozšiřuje na tzv. instrumentální aktivity denního života, například schopnost nakládat s penězi. U pokročilých demencí jsou postiženy i bazální aktivity denního života, jako je schopnost oblékat a svlékat se, samostatně se najíst, udržovat základní osobní hygienu. U velmi těžkých stadií demencí se vyskytuje inkontinence moči i stolice (nemocní neudrží moč a stolicí), je plná odkázanost na péči okolí – fungující rodiny, profesionálních ošetřovatelů, ústavů. (Jiráček, et al., 2009)

3.5 Vývojová stadia

Demence u ACH s časným začátkem začíná u pacientů před 65. rokem a jedním z rizikových faktorů bývá zatížení v rodinné anamnéze. Projevuje se čtyřmi stádii:

- I. První stádium se projevuje poměrně plíživým průběhem a trvá 1-2 roky. V některých případech bývá toto stádium hůře diagnostikováno, příznaky demence bývají zastřené.
- II. Zde se již viditelně rozvíjí příznaky demence a toto stádium trvá zpravidla 1-3 roky.
- III. V tomto stádiu se do půl roku po druhém stádiu přidružují další diagnózy (vaskulární, plicní, ICHS)
- IV. Poslední stádium je typické přidružením diagnózy, která má obvykle výrazný podíl na úmrtí. Není přesně stanovena doba trvání tohoto stádia. Záleží na zvládnutí základního onemocnění.

Demence u ACH s pozdním začátkem začíná po 80. roce života. V tomto případě je progrese onemocnění pomalejší než u demence s časným začátkem. Mluvíme až o 10 letech a více. Nejčastějším příznakem je zhoršující se paměť. (Kantorková, 2011, str. 71)

Příznaky ACH se dělí do stádií podle stupně demence. Tedy jiné příznaky jsou u demence lehkého stupně, jiné u středně těžkého a jiné u těžkého. V následující tabulce jsou shrnuta všechna stadia demence u ACH a jejich příznaky.

Tab. č. 2 Stádia demence

I. stadium	II. stadium	III. stadium
<ul style="list-style-type: none"> • Příležitostné občasné hledání slov • Zhoršená artikulace • Snížená plynulost vyjadřování • Zapomínání jmen • Zapomínání schůzek • Obtíže v nových situacích • Méně pozornosti oblékání • Vyhýbání se domácím činnostem • Obtíže při řešení složitějších finančních záležitostí • Snížená schopnost řízení motorových vozidel • Potíže s rozhodováním • Ztráta iniciativy a motivace • Depresivní nálada, apatie či naopak agresivní chování • Subjektivní pocit zapomnětlivosti, při vyšetřování nebývá zjevný 	<ul style="list-style-type: none"> • Ztráta zájmu o koníčky a oblíbené činnosti • Zapomínání obličejů • Neschopnost používat vytvořené seznamy • Zapomínání nedávných událostí • Neschopnost dodržovat čas jakékoli schůzky • Obtížné nacházení slov v běžné konverzaci • Opakování slov • Obtíže při navazování konverzace • Problémy s komunikací jsou větší, než se bezprostředně jeví • Oblékání ve špatném pořadí • Neschopnost samostatné hygieny bez dohledu • Značně zhoršená schopnost vést domácnost • Běžné problémy s financemi • Deficit paměti zřejmý i při vyšetřování • Dezorientace v čase, prostoru • Zhoršená schopnost vybavení si jmen • Bloudění na známých místech • Mohou se objevit halucinace, agresivní chování • Neschopnost soustředění 	<ul style="list-style-type: none"> • Nerozpoznání členů rodiny • Není zachována paměť • Neschopnost soustředit se • Neschopnost vyjádřit své potřeby • Patologická hubenost • Inkontinence moči a stolice • Neschopnost oblékat se, rozhodou o oblečení • Neschopnost najíst se • Neschopnost dodržovat hygienu • Imobilita (pokud není pacient od 2. stádia rehabilitován) • Dezorientace • Neschopnost řeči • Neschopnost sebeobsluhy • Neschopnost samostatného života • Může přetrvávat agitovanost

Zdroj: (Alzheimercentrum (2014). *Alzheimerova choroba* [online]. In Alzheimercentrum.cz. [cit. 2015-04-21]. Dostupné z WWW: <http://www.alzheimercentrum.cz/alzheimerovo-onemocneni/alzheimerova-choroba/>)

3.6 Poruchy chování a nálad

Poruchy chování a nálad u demencí jsou velmi častým jevem. Tyto poruchy mohou způsobovat potíže jak pacientovi, tak rodině či ošetřujícímu personálu. Pan doktor Pavel Ressler v časopise psychiatrie pro praxi uvádí, že jedním z důležitých změn v chování je agresivita. Agresivní chování může být způsobeno několika příčinami. Toto chování může vzniknout v závislosti na obranné reakci postiženého. Například změnou prostředí, kdy je pacient umístěn do domova s ošetrovatelskou péčí a musí si zvykat na nové věci – režim v zařízení, ošetrovatele či jídlo. Nemocný člověk tuto nově vzniklou situaci může hůře tolerovat. Výrazné zvýšení

agresivního jednání se také ruku v ruce nese s bludy či psychotickými atakami. (Ressner, 2011, str. 140- 142)

Mezi další významné psychické změny spojené se stářím patří deprese. Obecně se uznává, že deprese a demence spolu souvisejí. V četných vědeckých výzkumech bylo prokázáno, že prevalence deprese se zvyšuje u pacientů trpících demencí než u zdravých pacientů. Statistiky ukazují, že na vzniku depresivního chování se ve velké míře podílí také vysoký věk. Velmi stará populace (nad 85 let) se v souvislosti s depresí ukazuje jako riziková. Ze zkoumaného vzorku starších nad 85 let bylo depresivních 29 % osob a 28 % mělo kognitivní deficit. V porovnání s nedementními osobami byl výskyt deprese podstatně vyšší. Výsledky činily 43% depresivních dementních osob oproti nedementním – 24%. (Bergdahl, Allard & Gustafson, 2010, str. 1-8)

4. Komunikace s člověkem trpícím demencí

4.1 Jak komunikovat

Umění správné komunikace s pacientem trpícím demencí je velice důležité. Je zapotřebí velké dávky trpělivosti, empatie, respektu k důstojné a jedinečné lidské bytosti, ale i zdravého humoru a nebát se s takovým člověkem komunikovat. Ano, i s člověkem trpícím demencí, je možné se od srdce zasmát. Porozumění s onemocněním, znalost této nemoci, jejích projevů a pochopení proč se nemocný v daných situacích chová určitým způsobem, je v jednání s dementním člověkem krokem k úspěchu. Ve chvíli, kdy poklesne úroveň kognitivních funkcí s projevy dalších symptomů, se stává člověk zranitelným a namísto je podpora ze strany okolí.

Je třeba brát ohledy na jedinečnost osobnosti. Každý člověk je individuum s jinými životními zkušenostmi, zážitky, zálibami, i s tím, co rád nemá. Proto je zapotřebí co nejvíce informací, pro zachování jednotného přístupu v chování k dementnímu člověku. Tyto informace jsou důležité jak pro rodinu či okolí, tak i pro zachování profesionálního přístupu ze strany ošetřovatele či zdravotníka. Zvolení přístupu díky těmto informacím může pomoci získat člověku s demencí pocit jistoty. (Pokorná, 2010)

Jedním ze základních cílů v komunikaci s dementním pacientem, je zamezit u takového člověka vyvolání pocitu jeho nedostatečnosti či nesoběstačnosti. Spousta dementních lidí, si je schopna svoji začínající nesoběstačnost v časných stádiích demence ještě uvědomovat. Proto připomínání těchto nedostatků by mohlo vyvolat extrémní reakce a ztracení pacientovy důvěry. Láska, důvěra, uznání, pokora, bezpečí, sounáležitost a seberealizace. Tyto potřeby by měly vystupovat do popředí v rámci uspokojování potřeb o člověka s demencí.

Schopnost komunikovat je velice důležitá v začleňování do společnosti a v interakci s okolním světem. Při porušení verbální složky komunikace, která bývá postižena nejdříve, tato schopnost komunikovat je v důsledku onemocnění demencí výrazně poškozena. A to v částech, které byly popsány výše. Společnost často neví, jak navázat s dementním člověkem tu správnou komunikaci. To vede k izolaci a osamocení nemocného, i když je stále fyzicky obklopen lidmi. (Jirák, et al., 2009)

4.2 Obecné zásady v přístupu k pacientům s demencí

Dle I. Holmerové bylo popsáno několik obecných zásad v chování a přístupu k dementnímu člověku:

- Dobré přijetí – dementní člověk musí mít pocit, že ho pečující osoba bere vážně. Že mu přichází v jeho situaci pomoci a snaží se zachovat jeho důstojnost.
- Respektování osobnosti nemocného – k respektování osobnosti nemocného je zapotřebí znát jeho návyky, stupeň dosaženého vzdělání, záliby a další důležité aspekty jeho osobnosti z předchozího života. Teprve potom jsme schopni dosáhnout hlavního cíle v ošetrovatelské péči, který je udržení dobré kvality pacientova života. Měl by se cítit dobře jak psychicky, tak i fyzicky, sociálně a zohlednit by se měla i stránka duchovní.
- Ocenění – každý dementní člověk musí mít pocit, že má stále svoji hodnotu, tak jak ji měl za dřívějšího života bez nemoci.
- Zdvořilost – k pacientovi je třeba se chovat zdvořile. Nekritizovat ho, neponižovat. Chovat se pokud možno přirozeně, tak jako když byl ještě zdravý. V opačném případě by pacienta mohl zachvátit pocit zahanbení, který by se mohl vystupňovat i v případnou agresi.
- Laskavost, nenaléhavost – někdy může mít nemocný potíže s rozpoznáním verbálního sdělení. Neunikne mu však tón a atmosféra, ve které sdělení probíhá.
- Podpora dobré nálady – zde je důležité nemocného povzbuzovat, přistupovat k němu veselým a pozitivním hlasem.

R. Ingebretsen vtipně popsal několik typů chování u pacientů s demencí. U Alzheimerovy choroby je tzv. chování typu „máma“. Tato komunikace je založena na plné podpoře pacienta. Základem je provázet ho životem laskavě a na každém kroku vyjadřovat pochopení a snahu pomoci. Chovat se tedy, jako se matka chová ke svému dítěti. Je důležité nastavit určitá pravidla a rituály, které budou obě strany respektovat. Naopak v případě porušení těchto pravidel pacientem, musí pečující chápat, že tato situace pramení z povahy onemocnění. (Jirák, et al., 2009)

5. Teorie a modely ošetrovatelství

Ošetrovatelství, jak ho vidíme dnes, muselo projít vývojem. Nejprve byla filozofie ošetrovatelství spíše založena na tradicích a praktických zkušenostech. Vývoj a důležitost teoretických poznatků nastal v USA a Kanadě v polovině 20. století.

5.1 Virginia Handerson: Teorie základní ošetrovatelské péče

Virginia Handerson se narodila ve Spojených Státech Amerických roku 1887. Po vystudování základního ošetrovatelského vzdělání začala učit ošetrovatelskou péči ve Virginii. Základní vzdělání jí ale nestačilo, proto odešla studovat ošetrovatelství na kolumbijskou universitu. Studium absolvovala úspěšně a byl jí udělen magisterský titul.

Během svého života dokázala mnohé. Byla aktivní členkou ošetrovatelského výzkumu na Yale University, publikovala základní principy ošetrovatelské péče, které byly přeloženy do více než 20 jazyků. Další její významnou publikací byl charakter ošetrovatelství, kde definovala funkci sestry. Za její celoživotní přínos výzkumu a vzdělávání v ošetrovatelství jí bylo udělené čestné členství v ANA.

Během studií ošetrovatelství a jeho pozdějším vyučování si Handerson vyvinula svoji teorii základní ošetrovatelské péče. Zaměřila se hlavně na klientovy potřeby a jeho pojetí jako celku. Dospěla k názoru, že na klienta má být nahlíženo jako na střed pozornosti poskytování plně kvalifikované zdravotnické péče. Domnívala se, že funkce zdravotníků a sester je povolání, které významně ovlivňuje život, proto by měli tito pracovníci dostat odpovídající a kvalifikované vzdělání a celá koncepce tohoto povolání by měla mít jasně formulované funkce. Kladla si otázky: „Co je ošetrovatelská praxe? Jaká je jedinečná funkce sestry? Které jsou specifické úlohy a činnosti ošetrovatelství?“ (Pavlíková, 2006)

V. Handerson definovala funkci sestry takto: *„Jedinečnou funkcí sestry je pomoc (asistence zdravému nebo nemocnému jedinci vykonávat činnosti přispívající k jeho zdraví nebo k uzdravení či klidné smrti, které by jedinec vykonával sám, bez pomoci, kdyby měl na to dostatek sil, vůle a vědomostí. A sestra vykonává tuto funkci tak, aby jedinec dosáhl nezávislosti co nejdříve.“* (Pavlíková, 2006, str. 49)

Model ošetrovatelské péče dle Virginie Handerson byl vytvořen na základě myšlenky, že lidé jsou tvořeni celkem čtyřmi složkami. Biologickou, psychickou, sociální a spirituální. Virginie do těchto základních složek zahrнула celkem čtrnáct elementárních potřeb.

Jsou to potřeby:

- 1) normálního dýchání,
- 2) dostatečného příjmu potravy a tekutin,
- 3) vylučování,

- 4) pohybu a udržování vhodné polohy,
- 5) spánku a odpočinku,
- 6) vhodného oblečení, oblékání a svlékání,
- 7) udržování fyziologické tělesné teploty,
- 8) udržování upravenosti a čistoty těla,
- 9) zabránění vzniku poškození sebe i druhých,
- 10) komunikace s jinými osobami, vyjadřování emocí, potřeb, obav, názorů,
- 11) vyznávání vlastní víry,
- 12) smysluplná práce,
- 13) hry nebo účast na různých formách odpočinku a rekreace,
- 14) učení, objevování nového, zvědavost, která vede k normálnímu vývoji a zdraví a využívání dostupných zdravotnických zařízení. (Pavlíková, 2006)

6. Aktivizace

Motto: „Při vší hluboké úctě k minulosti, s okem zvědavě a nedočkavě vzhlížejícím vsříc budoucnosti, nezapomínejme ani na okamžik, že ti, kdož nás potřebují, jsou zde-právě teď!“

Leo. P. Krall

Ve spojitosti se seniory má aktivizace velký význam. Umožňuje zachovat aktivní a důstojné stárnutí. Aktivizace může pomoci při hledání a nacházení nového smyslu života ve stáří. Posílení důstojnosti, sebeúcty i identity. Možnost radovat se z úspěchu a získat pocit, že člověk stále ještě něco dokáže.

V cílené aktivizaci seniorů je možno využít několik metod. Jednou z velice oblíbených metod je arteterapie. Tato terapie je léčebný postup využívající výtvarné postupy. Canisterapie využívá pozitivního působení psa nebo kočky na zdraví člověka. Dále využívaná je ergoterapie (smysluplné zaměstnávání, které usiluje o zachování soběstačnosti postiženého). (Konečná, 2013)

7. Empirická část

7.1 Metodologie práce

Na základě cílů stanovila autorka práce výzkumný problém – sledování potřeb a míru ošetrovatelských intervencí v závislosti na progresi onemocnění u pacientky s Alzheimerovou chorobou.

Autorka se zaměřuje na pacientku, která nastoupila do domova seniorů na základě rozhodnutí rodiny. Manžel, se kterým žila ve společné domácnosti, uznal, že jeho manželka se již nedokáže postarat sama o sebe. Převážnou část dne byla pacientka doma sama a manžel se bál o její bezpečnost. Proto se rozhodl, že v domově seniorů pod neustálým dohledem, bude jeho manželce lépe.

Na základě rozhovoru s rodinou pacientky si autorka shromáždila informace o stylu jejího života a o tom co má ráda. Když se autorka s pacientkou seznámila, uskutečnila s ní test kognitivních schopností (MMSE).

7.2 Výzkumný cíl

O cílech výzkumu se autorka zmínila již v úvodu práce. Chce se zaměřit na změny v ošetrování klientky a změny jejích potřeb v různých stádiích onemocnění. Progrese Alzheimerovy nemoci od stádia středně těžké formy až po těžkou formu postoupila velice rychle. Cílem tedy je zaměřeni se na potřeby pacientky ve stádiích nemoci, které musí být naplňovány tak, aby byl zachován důstojný a kvalitní život. V potaz jsou také brány pacientčiny subjektivní pocity a vnímání nemoci z její strany. Tento výzkum nemůže sice popsat všechny změny a intervence, ale může sloužit jako zdroj informací pro další zkoumání.

7.3 Design výzkumu

Tématem výzkumu je případová studie. Podrobné zkoumání a pochopení jednoho nebo více případů je základním smyslem případové studie. Základem této studie je sběr skutečných dat, která se přímo vztahují k objektu výzkumu. Tento objekt výzkumu by měl být analyzován ve své celistvosti a v přirozeném prostředí. Toto všechno by mělo proběhnout za pomoci více informačních zdrojů. Aby bylo šetření úspěšné, je třeba vybrat vhodný případ, který je vybírán na základě výzkumných otázek a cílů. (Hendl, 2005)

7.4 Výběr případu

Autorka si vybrala seniorku, která má stanovenou diagnózu Alzheimerova choroba s pozdním začátkem. Stav kognitivních funkcí vyšetřované se rapidně zhoršil po operaci břišní kýly a slepého střeva v dubnu roku 2014. S projevy desorientace a zmateností. Tím pádem se změnil i přístup k pacientce z hlediska ošetrování a chování.

7.5 Technika sběru dat

Sběr dat se uskutečnil na základě rozhovoru. Autorka hovořila jak s pacientkou, tak s její rodinou. Výsledné informace by měly být komplexní. Proto autorka také analyzovala dostupné dokumenty – zdravotnickou dokumentaci. Během výzkumu byla autorka v přímém kontaktu s pacientkou i při ošetřování a aktivizaci. Autorka se účastnila aktivizace ve spolupráci s ergoterapeutem.

První test kognitivních schopností byl s pacientkou vypracován měsíc po nástupu do zařízení. Autorka chtěla ponechat paní M. nějaký čas na adaptaci v novém domově. V případě testování ihned po nástupu pacientky, by výsledky mohly být zkreslené, v důsledku stresu ze změny prostředí. V tomto období byla vytvořena kapitola Paní M. č. 1. Kapitola Paní M. č. 2 byla provedena v odstupu časového období roku a půl.

Sběr údajů probíhal od března roku 2013 a skončil v říjnu 2014. Před samým začátkem vyšetřování, ujistila autorka pacientku i její rodinu o naprosté anonymitě výzkumu. Rozhovory vedla autorka s pacientkou, tak aby se cítila příjemně a pokud možno se co nejvíce otevřela. Před samým vyšetřováním pomocí testu kognitivních schopností (MMSE) musela autorka zajistit dobré podmínky pro sběr dat (odstranit všechny rušivé vlivy, zajistit kompenzační pomůcky pro snadnější komunikaci, naladit pacientku dobrou náladou a co nejdéle si udržet její pozornost). Pro uskutečnění výzkumu bylo nutné získat písemný souhlas od ředitelky zařízení a vrchní sestry.

7.5.1 Pracoviště

Domov seniorů, Praha.

7.6 Pacientka paní M.

Paní M., žena, dosaženo středoškolského vzdělání v oboru dětská sestra, narozena roku 1938, nástup k pobytu v Domově v únoru roku 2013. Manžel je učitel matematiky a fyziky, 2 dcery.

7.6.1 Nynější stav pacientky

77 – letá polymorbidní pacientka s postupnou progresí kognitivních funkcí. Již zcela závislá na pomoci druhé osoby. Ležící. Apatická. U pacientky kolísavě dochází k poruchám depresivních nálad a atak zmatenosti, úzkosti. V současné době tyto změny kompenzovány s dobrým efektem.

Režim a ošetřování v domově

Celková koupel ve sprše 2x týdně, zvýšená důkladná ošetřovatelská péče, hygiena, prevence zapárek. Aktivní hydratace. Dieta 3 mixovaná strava podávaná pomocí stříkačky. Empatický přístup. Polohování, promašťování kůže lokálně. Kontrola predilekčních míst. Kontrola TK 1x týdně a dle ordinace lékaře. Nutná dopomoc při všech denních činnostech pro celkovou apatii a progredující imobilitu. Rehabilitace prováděna v rámci lůžka.

7.6.2 Diagnózy

Základní diagnóza

Alzheimerova choroba s pozdním začátkem

Lékařské diagnózy

Hypertenze, Chronická fibrilace síní, žilní městky dolních končetin bez vředu nebo zánětu, kámen žlučníku s akutním zánětem žlučníku – cholecystitida – stp. operaci v roce 2003, akutní zánět slinivky břišní – pankreatitis acuta v roce 1990, st. p operaci břišní kýly a slepého střeva v dubnu 2014, zánět močového měchýře v roce 2014.

Aktuální seznam léků

APO – CITAL 20mg, BETALOC ZOK 25mg, KETILEPT 25mg, NOVALGIN, TIAPRIDAL

Tab. č. 3 Farmakoterapie u klientky

Název léku	Farmakoterapeutická skupina	Základní indikace
APO -CITAL	Antidepresivum	Depresivní epizody. Panická úzkostná porucha.
BETALOC ZOK	Antihypertenzivum	Léčba hypertenze, anginy pectoris, tachyariemií, chronické srdeční insuficience, udržovací léčba po infarktu myokardu
KETILEPT	Antipsychotikum	Léčba primárně generalizovaných tonicko-klonických záchvatů, léčba parciálních záchvatů
NOVALGIN	Analgetikum, antipyretikum	Silná akutní nebo chronická bolest. Horečka nereagující na jinou léčbu.
TIAPRIDAL	Antipsychotikum	Krátkodobá léčba při poruchách chování ve stáří nebo při chronickém abúzu alkoholu.

Zdroj: (MEDICAL TRIBUNE BREVÍŘ. (2013). 22. vydání. Prah: MEDICAL TRIBUNE CZ,)

8. Paní M. č. 1

Anamnéza pacientky před příchodem a během ošetřování v domově seniorů. MMSE naměřeno s výsledkem 17 bodů.

Paní M. celý život pracovala jako dětská sestra. Vystudovala střední zdravotnickou školu. Byla komunikativní a celý život se vzdělávala. Měla ráda dlouhé procházky přírodou, houbaření, četbu a svou rodinu. Vedla aktivní život. S manželem, který je o 17 let mladší než paní M., měla 2 dcery. Manžel udává, že paní M. byla hlavou rodiny a vždy měla poslední slovo. Byla prý čilá, energická, hodně se smála, vedla domácí kasu, platila účty a „všude jí bylo plno“. Paní M. vždy velice dbala na svůj zevnějšek. Ráda se hezky oblékala a líčila a účastnila se různých kulturních akcí.

Rodina dlouho nevnímala žádné změny v chování paní M. až do momentu, kdy podstoupila v roce 2003 operaci žlučníku. Manžel udává, že po návratu z nemocnice se paní M. trochu zhoršila paměť. Ze začátku jí při běžných rozhovorech začaly vypadávat jména příbuzných a známých. První známky demence se začaly objevovat, když manžel chodil do práce a paní M. zůstávala doma sama. Manžel udává, že přišel domů z práce a doma se linul hrozný zápach spáleného zelí. Paní M. se rozhodla, že uvaří zelí a zapomněla do něj nalít vodu. Začaly jí vypadávat úkony běžných denních činností. Zanedlouho přišly depresivní stavy, které se projevovaly plačtivostí a špatnou náladou. Paní M. o sebe přestala dbát. Už se nemalovala a nečesala. Jakoby bezcílně „bloudila“ po domově. V tuto chvíli se manžel rozhodl, že bude lepší nenechávat paní M. doma samotnou, a že ji umístí do domácího prostředí domova seniorů.

Při příchodu do domova se s pacientkou udělal MMSE test kognitivních schopností. To bylo na začátku roku 2013. Test vyšel s 17 body jako lehké kognitivní omezení. Paní M. byla zcela mobilní a schopna základních denních činností. Byla plně kontinentní a schopna se v tomto ohledu o sebe postarat. Rodina pacientce nakoupila spoustu spodního prádla, které jí bylo personálem pravidelně práno a kontrolováno, zda nedochází k úniku moče či stolice. Vše bylo v pořádku. Paní M. chodila na toaletu do koupelny na pokoji, kde bydlela.

Paní M. často chodívala po chodbě domova. Vyšla z pokoje a poté se nedokázala vrátit zpět. Zapomněla, kde bydlí. Občas ji personál našel ležet v posteli u jiného pacienta nebo seděla na židli na sesterně. Komunikace s paní M. byla omezená. Chvíli mluvila srozumitelně, dokázala adekvátně odpovídat na otázky. Uvědomovala si, že s ní není něco v pořádku, že zapomíná. Chtěla vyjádřit myšlenku a v zápětí zapomněla, co to chtěla vlastně říct. V těchto chvílích říkala, cituji: „já jsem úplně blbá a zapomínám. Už jsem zapomněla, co jsem chtěla říct a za žádnou cenu si nevzpomenu.“ Novému prostředí se paní M. dokázala docela

dobře přizpůsobit. Vyhledávala společnost a často říkala, že je jí smutno. Trpěla pocity úzkosti a smutku, hlavně v noci. V drtivé většině těchto atak nedokázala vysvětlit, proč cítí úzkost a čeho se bojí.

Paní M. bylo umožněno chodit se 3x denně stravovat do přízemí, kde byla centrální jídelna pro klienty, kteří chtěli chodit jíst mezi ostatní pacienty. Paní M. se dokázala sama najíst s pomocí umělé zubní náhrady. Byla komunikativní. Ale mluvila spíše z cesty, takže jí ostatní pacientky moc rády nepřibíraly mezi sebe. Když postoupila progresse onemocnění, paní M. již nemohla chodit do jídelny. Důvodem bylo, že prohlašovala, že má hlad a chodila brát jídlo ostatním pacientkám přímo z talíře. Schovávala si ho a skladovala na různých místech po pokoji. Například ve skříni s prádlem nebo v umyvadle.

Po nástupu do domova se pacientka účastnila aktivizačních programů s ergoterapeutkou. Malovala, zpívala, cvičila a dívala se na filmy. Tuto část dne, měla paní M. velice ráda. Její pokoj byl plný výtvarů. Obrazů, malovaných váz a všech možných maličností, které si při aktivizačním programu vytvořila. Byla ráda ve společnosti jiných lidí. Paní M. moc nemluvila, spíše poslouchala. Když se vrátila do pokoje, měla vždy lepší náladu. Ta jí ale nevydržela dlouho, jelikož brzy na svůj dobrý pocit zapomněla a zase jí bylo smutno, že je sama až do příchodu rodiny. S progresí demence se tyto stavy zhoršovaly. Pacientka se přestala účastnit aktivizačních programů a vyhledávala spíše samotou. Zanedlouho pacientka plně ulehla na lůžko zcela nesoběstačná.

Nejvíce se těšila paní M. na návštěvu rodiny. Zhruba 2x do týdne za ní docházel manžel. Většinou si s ní celé odpoledne povídal na pokoji nebo spolu šli do recepcie na kávu. Často za paní M. choďovala s jejím manželem i vnučka a dcera. Paní M. měla z návštěv vždy obrovskou radost. Obvykle ale do 10 minut po odchodu rodiny zapomněla, že tam byla a zase jí bylo smutno.

V únoru roku 2014 postihl pacientku zánět močového měchýře a byla hospitalizována v nemocnici. Zpět z nemocnice se vrátila se zavedeným permanentním močovým katétre. Ten si vzápětí sama vytáhla s tím, že ho nechce. Několikrát bylo paní M. vysvětleno, že je katétr důležitá věc, než se vyléčí. Nedokázala tuto informaci vstřebat a pochopit. Proto byla léčena dál i bez zavedeného katétru. Z nemocnice se pacientka vrátila zmatená a odmítavá k čemukoli. Byly jí ustavičně nabízeny aktivity, byla povzbuzována k činnosti týkající se osobní hygieny. Vše odmítala. Postupně se vytrácely i ty nejzákladnější schopnosti postarat se o sebe sama. Paní M. přestala hodit a mít chuť k jídlu. Stala se zcela nesoběstačnou a závislou na péči druhé osoby. V červenci roku 2014 byly paní M. naměřeny 3 body v MMSE testu a v říjnu téhož roku již nebylo možné naměřit nic.

8.1 Posouzení dle Virginie Handerson (MMSE 17 bodů)

Normální dýchání

Paní M. si při příchodu do domova nikdy nestěžovala na dušnost. Při pohybu se nezadýchávala a lze tedy říci, že byla bez námahové dušnosti. Bylo zaregistrováno zrychlené dýchání při depresivních a úzkostných atakách. Toto zrychlené dýchání po zklidnění stavu pacientky samovolně ustoupilo.

Strava a tekutiny

Když pacientka přišla do Domova seniorů, ze strany personálu byla vyvíjena snaha o individualizaci stravy. Při optání se klientky, co má ráda, co by ráda jedla, řekla, že není náročný strážník a sní skoro všechno, co se jí připraví. Na optání personálu zda jí ten den jídlo chutnalo, usilovně přemýšlela. Občas nedokázala odpovědět a jen se dívala. Vypadala, že nechápe, na co se jí personál ptá. Většinou snědla vše, co se jí připravilo. Ráda konzumovala sladké, kterým jí hojně zásoboval manžel. Strava v domově byla paní M. podávána 5x denně. Na snídani se posadila do křesla na pokoji. Ke svačině dostávala nejčastěji výživný jogurt nebo ovoce. Na oběd byla svezena do jídelny v přízemí, kde obědvala s ostatními pacienty. Na svačinu zůstávala ve společenské místnosti, kde mají denně pacienti aktivizační program. Večeři si snědla již zase na pokoji, ovšem obvykle ji odmítala.

Pacientce byl nabízen čaj nebo neperlivá balená voda a při každé příležitosti jí bylo doléváno do hrníčku. Její potřeba žízně byla snižena, proto se často musela nabádat, aby se napila. Dostatečná hydratace byla zajištěna, pacientka netrpěla pocitem žízně. Konvice na čaj byly o objemu 1l a balená voda 1,5 l. Sestra měla tedy přehled o denní bilanci tekutin. Pacientka obvykle vypila jednu konvici a půl čaje, tedy cca 1,5 l/den.

Vylučování

Pacientka byla částečně inkontinentní. Proto nosila MOBI kalhotky velikosti M. Nebyla schopna rozpoznat, kdy je potřeba kalhotky vyměnit, proto se tato potřeba musela kontrolovat sestrou či ošetřovatelkou. Výměnu kalhotek klientka zvládala sama, ale musel u ní někdo být a říkat jí, co má zrovna dělat. (např.: “Paní M, teď si sundejte kalhotky a ty čisté si zas navlékněte.” Někdy bylo potřeba klientce přesně popsát, co má dělat. (např.: “Paní M. teď navlékněte levou nohu do tohoto otvoru a pravou nohu do druhého otvoru.” Pacientce bylo také potřeba dopomoci s hygienou. Základní hygiena se prováděla ráno, kdy paní M. dostala čisté kalhotky, přes den dle potřeby a večer před uložením ke spánku. Na spaní dostávala noční plenu, která je speciálně uzpůsobena k větší savosti, a tak bylo pacientce poskytnuto plné pohodlí při spánku. S vylučováním stolice problém

neměla. Sama si došla na WC bez pomoci personálu. Na stolicí chodila pravidelně každý druhý den.

Pohyb a udržování vhodné polohy

Paní M. byla celkem pohyblivá. Základní denní činnosti jako napítí se, najedení, či pohyb po pokoji zvládala bez problémů sama. Paní M. byla bez problémů schopna dojít do koupelny k hygieně. Na oběd byla zvyklá dojít k výtahu a počkat zde, dokud ji někdo personálu nesvezl do jídelny. Na pacientku se ale muselo dohlížet, jelikož její chůze nebyla stabilní a již několikrát spadla. Hlavně v noci. Návrh dávat pacientce na noc zábranu byl jejím manželem odmítnut. K naplnění této potřeby bylo nutno pacientce dopomoci druhou osobou. Ovšem jen při pohybu. Při spánku byla schopna si potřebu naplnit sama.

Spánek a odpočinek

Pacientka byla zmatená časem a místem, takže někdy v noci vstala a chtěla odejít ze zařízení. Personálem byla vždy uklidněna a dovedena zpět na lůžko. Od té doby, co začala docházet na denní aktivity do společenské místnosti, tyto noční abscesy mírně ustoupily. Po obědě si ráda pustila televizi a zdřímнула si. Paní M. měla ráda teplo a světlo. Takže na noc byla oblékána do teplého pyžama a teplých ponožek. Často do noci svítila, což se nelíbilo její stejně staré spolubydlící. Paní M. byla ale ochotna spolupracovat a velice dobře přistoupila na kompromis, že se bude svítit na chodbě a nechají se otevřené dveře. Pacientka byla s tímto nápadem spokojena.

Pokud pacientka netrávila den na aktivitách, měla tendenci celý den prospat. V noci byla potom aktivní a čilá a její přirozený cyklus – spánek – bdění byl narušen. Potřeba spánku a odpočinku nebyla v tomto případě naplněna.

Vhodné oblečení, oblékání a svlékání

Oblečením paní M. zásobuje manžel. Nejraději nosila teplé věci. Tepláky, teplé ponožky a rolák. Nesnášela podprsenky. Její přání bylo respektováno. S oblékáním a svlékáním měla trochu problém. Autorka se vždycky snažila klientce připravit oblečení na hromádku a nechat jí, aby se oblékla sama. Až když autorka viděla, že si neví rady, pomohla jí. Nejprve slovně, poté i manuálně. Někdy se pacientka zvládla obléci sama a někdy bylo nutno jí se vším dopomoci. Záleželo na momentálním stavu mysli.

Udržení fyziologické tělesné teploty

Klientka se oblékala teple. Neměla problémy s udržováním tělesné teploty. Netrpěla teplotními výkyvy. Když odcházela na aktivity, musela se jí dát mikina s sebou, aby neprochladla. Jednou denně se pacientce v pokoji vyvětralo, aby měla

čistý vzduch. Tato potřeba byla pacientkou uspokojena, jelikož dokázala na základě svého subjektivního pocitu rozeznat chlad nebo teplo.

Udržování upravenosti a čistoty těla

Každý den ráno byla s pacientkou provedena základní denní hygiena – povrchové opláchnutí obličeje, těla a důkladně omyt genitál. Při této činnosti byl důležitý dohled sestry. Poté se paní M. oblékla do inkontinenčních kalhotek a denního oblečení. Dvakrát za týden byla dovezena do sprchy, kde jí byly umyty vlasy a důkladně celé tělo. Tuto potřebu naplňovala paní M. ráda, jelikož se cítila blaženě pod horkou sprchou a v čistotě.

Bezpečnost prostředí a zabraňování vzniku poškození sebe i druhých

Paní M. sdílela pokoj ještě s jednou pacientkou. Obě si celkem rozuměly. K pokoji patří sociální zařízení, které paní M. navštěvovala samostatně. Pro občasné stavy závratě byl zvýšený dohled personálu nutný. Pacientka byla kontrolována vždy, když šla sestra či ošetřovatelka kolem pokoje. Na denní aktivity byla doprovázena personálem až na místo. Kvůli občasné noční zmatenosti pacientky, byla na noc zavírána zábrana na schodišti, aby nedošlo k případnému pádu ze schodů. Paní M. má také namontovanou zábranu na posteli. Ovšem tato možnost nemůže být využita, kvůli projevení nesouhlasu manžela s využitím postranice. Pacientka má u lůžka signalizační zařízení k přivolání zdravotnického personálu. Věděla, jak s ním zacházet, ale nepoužívala ho. Tato potřeba byla naplněna jak jen to bylo možné častým kontrolováním pacientky.

Komunikace s jinými osobami, vyjadřování emocí, potřeb, obav, názorů

Paní M. byla komunikativní. Postupem času začala mít problémy s vyjádřením svých myšlenek a slov. V tuto chvíli přestávala s personálem komunikovat. Na otázky přikyvovala a byla schopna navázat vizuální kontakt. Občas chtěla vyjádřit myšlenku větou, ale nevzpomínala si na slova. Na denní aktivity s ostatními pacienty chodila ráda, ale i zde byla pasivní. Většinou jen seděla, poslouchala, pozorovala a usmívala se. Pocity dávala najevo. Kolísání mezi pocity bylo zjevné a značně vystupňované. Prožívala stavy úzkosti, zmatenosti a strachu. Nejšťastnější bývala, když přišel její manžel (chodil cca 2x do týdne). Manžel své manželce pokaždé přinesl nějakou sladkost a vzal ji do přízemí na kávu. S manželem pacientka komunikovala v rámci možností. Po návštěvě manžela bývala smutná a zbytek dne strávila na lůžku. Vždycky pomohlo, když se pacientce k rozptýlení pustila televize. Potřeba komunikace byla pro klientku zjevně velice důležitá. Hlavně s rodinou. V domově byla tato potřeba naplňována jen částečně.

Vyznání vlastní víry

Pacientka žádné náboženství nevyznává a ani její rodina nevyjádřila v této potřebě nějaké přání.

Smysluplná práce, zaměstnání se

Paní M. se ráda dívala na televizi a u toho odpočívala na lůžku. Občas luštila křížovky, se kterými měla problém. Nedokázala nacházet některá slova. Pacientka docházela na denní aktivity do společenské místnosti, které domov seniorů poskytuje každý den. Aktivity byly různého druhu (arteterapie, fyzioterapie, muzikoterapie) poskytovány ergoterapeutkou. Potřeba zaměstnání se byla naplněna. Paní M. ráda kreslila, tvořila a mezi lidmi se cítila dobře.

Odpočinek a relaxace

Pacientka ráda odpočívala po obědě ve svém pokoji, kde se cítila dobře. Každý den se těšila na denní aktivity. Netrpělivě čekala u výtahu, až ji personál sveze do společenské místnosti. Když přišel na návštěvu manžel, jezdili spolu výtahem do přízemí, kde byla možnost nechat si uvařit kávu dle přání a chuti.

Učení, zvědavost a využití dostupných zařízení

Paní M. byla přístupná všem aktivitám. Měla snahu se aktivně zapojovat do dění v domově. Při těchto aktivitách se nezdála nespokojená a smutná. Za Paní M. docházel lékař na preventivní prohlídky, nebo když měla závažný problém. Pokud vyžadoval pacientčin stav specialistu, byla odeslána záchrannou službou na vyšetření do nemocnice. Tato potřeba byla naplněna při infekci močových cest, kdy paní M. odjela na specializované pracoviště. Zde byl pacientce zaveden močový katétr a zanedlouho se vrátila zpět do domova.

Plán ošetrovatelské péče

Ošetrovatelská diagnóza č. 1

Porucha smyslového vnímání (00122)

Příznaky:

- dezorientace v čase, místě nebo osobách
- halucinace, neklid, podrážděnost

Cíl péče:

- pacientka má kompenzovány smyslové poruchy
 - pacientka přiměřeně a účinně využívá všechny zdroje podpory
- prevence úrazů

Intervence ošetrovatelské péče:

- kontrola funkčnosti kompenzačních pomůcek – brýle, naslouchadlo - denně

Ošetrovatelská diagnóza č. 2

Zhoršená schopnost se přemístit (00090)

Příznaky:

- zhoršená schopnost se přemístit do vany/sprchy a zpět
- zhoršená schopnost se přemístit mezi nestejnými rovinami (např. mezi různě vysokými částmi podlahy, přes prahy apod.)

Cíl péče:

- pacientka akceptuje doporučení a pomoc druhé osoby
- pacientka je chráněna před poškozením/pádem
- pacientka je schopna s dopomocí dokončit započatý pohyb

Intervence ošetrovatelské péče:

- přesun z lůžka s dopomocí druhé osoby a zpět
- nácvik posazování a vstávání

9. Paní M. č. 2

Souhrn anamnestických údajů pacientky, při naměřené MMSE 0 – nynější stav.

Zdravotní stav:

- Pacientka je zcela odkázána na péči druhou osobou
- Zdravotní stav vyžaduje, aby byl lék vložen do úst a byla zkontrolována doba účinku zdravotní sestrou
- Pacientka není schopna odhadnout denní dobu a rozhodovat se o době užití léčiv pro demenci
- Fyziologické funkce v normě, dýchání bez potíží, v depresivních a úzkostných atakách zrychleno

Fyziologické funkce

- Krevní tlak: 120/70 mmHg
- Puls: 69'
- Tělesná teplota: 36,6 °C
- Dýchání bez potíží: ano
- Jiné: pravidelná kontrola tlaku 1x týdně a dle ordinace lékaře

Vnímání – poznávání

Kvalita vědomí: zhoršená

Orientace:

- místem: ne
- osobou: ne
- časem: ne
- situací: ne
- Pohyb mimo areál budovy: v doprovodu jiné osoby
- Manipulace s léky: nezvládá
- Myšlení: bludy
- Poruchy paměti: ano – amnézie, halucinace

Výživa

- Dieta: 3
- Forma stravy: mixovaná
- Poruchy polykání: ano
- Jiné: Dohled nad příjmem potravy, pacientka se zalkává, zakuckává. Orientační sledování P+V. Strava i tekutiny podávány pomocí stříkačky

Soběstačnost – aktivita

- Hygienická péče: s pomocí
- Oblékání/svlékání: s pomocí
- Výživa/nají se: s pomocí
- Použití WC: s pomocí
- Chodí: ne
- Sedí: ne
- Riziko pádu: ano

Vylučování moči – stolice

- Vylučování moči: inkontinentní stupeň 3
- Potřebuje inkontinenční pomůcky, pečuje o ně sestra či ošetřovatelka

Vylučování stolice

- Frekvence: nepravidelná, á 3 dny bez stolice – vylučování pomocí laxativ
- Konzistence: formovaná, pevná

Spánek – odpočinek

- Porucha: ano
- Spánek ve dne: ano
- Noční děsy: ano

Komunikace

- Problém: ano, zmatenost, bludné představy, halucinace
- Reakce v komunikaci: nepřiměřená
- Komunikace neverbální porušena: ano
- Oční kontakt: ano

- Řeč: málo srozumitelná

Mezilidské vztahy

- Udržuje kontakt s rodinou: ano

9.1 Posouzení dle Virginie Handerson (MMSE 0 bodů)

Normální dýchání

Nyní je klientka zcela imobilní, proto nelze posoudit, zda trpí námahovou dušností. Klientka při dýchání nevydává žádné patologické zvuky a tuto potřebu bere jako samozřejmost. Klidovou dušností netrpí ani se nezdýchává a nekašle. Dýchá samostatně a v této potřebě není nutná žádná další vnější intervence.

Strava a tekutiny

V této potřebě je klientka zcela odkázána na pomoc ošetřujícího personálu. Tekutiny jsou podávány injekční stříkačkou a strava je podávána lžící. Klientce je dovážena rozemletá strava je podávána lžící. Klientce je dovážena z místní kuchyně rozemletá strava, jelikož klientka nemá chrup a hrozí riziko aspirace. Někdy se klientka zakuckává a plive tekutiny.

Vylučování

Klientka je zcela inkontinentní. Trpí inkontinencí 3 stupně. Používá pomůcky pro inkontinenci ve formě plenkových kalhotek velikosti L. Kalhotky jsou měněny dle potřeby, nejčastěji 3x denně. Je zapotřebí při každé výměně kalhotek klientku omýt a pečlivě osušit. Podle potřeby, při začervení třísle se klientka maže zinkovým ošetřujícím krémem či se promazává vaselinou. Dle potřeby se také klientce vkládají do tříselných rýh suché čtverce.

Klientka má problém se stolicí. Z důvodu mizivého pohybu trpí zácpou. Stolica je korigována laxativy á 3 dny. Vylučování stolice je zaznamenáno do tiskopisu, který je součástí klientčiny dokumentace.

Pohyb a udržování vhodné polohy

Klientka má lůžko opatřené antidekubitární matrací, pro prevenci vzniku dekubitů. Lůžko je polohovatelné, opatřeno zábranami a signalizačním zařízením. Signalizační zařízení klientka nevyužívá, proto ošetřující personál musí dbát na zvýšený dohled. Ve všedních dnech dochází 1x denně za klientkou fyzioterapeutka, která s klientkou cvičí. Klientka je polohována každé 2 hodiny. Střídá se poloha na zádech a poloha na pravém a levém boku. Vždy jsou klientce pečlivě podloženy nohy na místech se sklonem k defektům.¹⁰ Záznam o polohování klientky je součástí ošetřovatelské dokumentace. Do rukou a mezi prsty jsou

¹⁰ Vkládá se antidekubitární polštář mezi kolena a kotníky. A mezi kotníky a matraci postele.

klientce vkládány srolované čtverce či „zvířátka“¹¹, které zabraňují vzniku kontraktur prstů na ruce. Tyto čtverce jsou vkládány mezi prsty na ruce i nohou z důvodu prevence zapařování meziprstních prostorů.

Spánek a odpočinek

Klientka nemá se spánkem žádné potíže. Po večerní hygieně usíná kolem 22 hodiny. Ráno se budí s příchodem ošetřovatelů cca kolem 7 hodiny. Přes den stále spává, obvykle po jídle. Klientka má na pokoji televizi, která je jí puštěna když je klientka v poloze, aby na televizi viděla. Na televizi se dívá ráda a se zaujetím.

Vhodné oblečení, oblékání a svlékání

Klientka je upoutána na lůžko a v oblékání není schopna vyjádřit svůj názor. Proto je klientce nejčastěji oblékán anděl¹², aby kůže dostatečně větrala a nevznikalo zapařování predilekčních míst. Klientka potřebuje v oblékání pomoc ošetřujícího personálu. A to, jak ve svlékání, tak v oblékání.

Udržování fyziologické tělesné teploty

Bez zvýšené teploty. Klientce je oblečen anděl a je přikryta dekou. V zimě se dbá na teplo v místnosti, které je zařízeno centrálním vytápěním budovy a umístěním radiátoru na pokoji. Zároveň se kontroluje, jestli není klientka přehřátá či podchlazená sáhnutím na periferie či na čelo. Pokud se ošetřujícímu cokoli nezdá, je teplota přeměřena teploměrem.

Udržování upravenosti a čistoty těla

Klientka se každý druhý den sprchuje. Je přemístěna na speciální vanu a vleže dovezena do koupelny. Dle chování klientky (mručení a rychlé kývání hlavou) je předpokládáno, že každodenní sprchování je pro klientu stresující záležitost. V této potřebě je vyvinuta snaha udělat klientce sprchování co nejpříjemnější. Je puštěna teplá voda a po koupeli je klientka ihned osušena a přikryta prostěradlem při převozu zpět na pokoj. Ihned po koupeli a důkladnému osušení je klientka pečlivě promazána vaselinou na citlivých místech se sklonem k zapáčkám (třísla, pod prsy, v oblasti podpaždí)

¹¹ Klientka ráda drží speciální hračky, které jí opatřila rodina. Hračky jsou v podobě různých zvířat.

¹² Speciální košile, s dlouhým rukávem, vzadu zavazovací tkalounem. Klientce se většinou jen navlékne a nezavazuje.

Zabraňování vzniku poškození sebe i druhých

Klientka v této potřebě není schopna poškodit ani sebe, ani druhé osoby. K zabránění pádu jsou využívány postranice, které jsou součástí postele. Postranice jsou nandávány s udělením souhlasu manžela.

Komunikace s jinými osobami, vyjadřování emocí, potřeb, obav, názorů

Klientka je nesoustředěná, nemluví. Občas odpoví jednoslovně na jednoduchou otázku. Např.: „Není to jídlo horké?“ Odpoví, že ne. Je schopna navázat oční kontakt. Na oslovení reaguje, ale ne příliš dlouho. V této potřebě je pacientka spíše pasivní. Pacientka nedokáže vyjádřit emoce ani názory. Na manžela a rodinu většinou nereaguje. Někdy vyhledá oční kontakt, ale neudrží ho příliš dlouho.

Vyznávání vlastní víry

V tomto směru nevyšlo klientka ani její rodina žádné přání.

Smysluplná práce, zaměstnání se

Klientka nevyvíjí žádnou samostatnou činnost. Bazální stimulace byla klientkou odmítnuta, jak autorka výše. Když klientka nespává přes den, je jí puštěna televize, na kterou se dívá se zaujetím. Za klientkou dochází pravidelně její dcera 1x týdně, obvykle o víkendu. Vždy klientku něčím dobrým nakrmí a předčítá jí básničky. Po této návštěvě se klientka zdá více vnímavější a šťastná.

Odpočinek a relaxace

Klientka po jakékoli manipulaci (po sprchování, přebalování či krmení) vždy usne. Když přes den nespává tak se dívá na televizi. Nejvíce vnímá pohádky a pořady kde se obrázky promítají rychle a kde se výrazně mluví

Učení, zvědavost a využití dostupných zařízení.

Klientka již není schopná se něco naučit. V zařízení využívá nepřetržitě péče a dohled lékaře.

*Plán ošetrovatelské péče***Ošetrovatelská diagnóza č. 3**

Úplná inkontinence stolice (00014)

Příznaky:

- znečištění oděvu nebo lůžka stolicí

Cíl péče:

- klientka má neporušenou kůži v oblasti genitálu
- klientka má zajištěnou optimální hydrataci organismu se známkami normálního kožního turgoru, přiměřené vlhkosti sliznic i odpovídající tvorby moče

Intervence ošetrovatelské péče:

- kontrola kvality, množství a frekvence stolice
- zajištění optimální hydratace (cca 1500–2000 ml/24 hod.)
- péče o genitál – denně
- zajištění výměny pomůcek při inkontinenci – denně

Ošetrovatelská diagnóza č. 4

Úplná inkontinence moče (00021)

Příznaky:

- klientka naplnění močového měchýře nevnímá dostatečně

Cíle péče:

- klientka má zajištěnou optimální hydrataci organismu se známkami normálního kožního turgoru, přiměřené vlhkosti sliznic i odpovídající tvorby moče
- klientka nemá narušenou kůži a sliznice v okolí ústí močové trubice

Intervence ošetrovatelské péče:

- kontrola kvality a množství vyloučené moče – denně
- kontrola TT
- aplikace léků dle ordinace lékaře
- laváž močového měchýře dle ordinace lékaře

Ošetrovatelská diagnóza č. 5

Riziko imobilizačního syndromu (00040)

Rizikové faktory:

- změny vědomí

Cíle péče:

- u klientky je předcházeno vzniku poruchy kožní integrity a je dosaženo včasného hojení ran

Intervence ošetrovatelské péče:

- sledování celkového stavu klienta a účinek podaných léků – denně
- polohování á 2 - 4 hodiny
- péče o kůži v predilekčních místech

10. Diskuze a závěry

Náplní předložené práce je demence, Alzheimerova choroba a komunikace u seniorů. Autorka se domnívá, že celá řada výzkumů, která dokládá přibývajícím výskyt diagnózy demence, potvrzuje aktuálnost této problematiky. Věk seniorů roste a s ním i zátěž na pečovatele. Autorka považuje za nutné umět s člověkem trpícím demencí efektivně komunikovat a znát možná úskalí spojené s touto diagnózou. Téma práce přímo souvisí s ošetrovatelskou péčí. Na kvalitě této péče se podepisuje znalost některých skutečností. Pečující by měl být znalý specifických problémů u pacientů s ACH a vhodných přístupů k jejich řešení. Měl by znát úskalí této nemoci a zvládat zásady správné komunikace jak s pacienty, tak s jejich rodinnými příslušníky.

Tématem výzkumné části bakalářské práce byla případová studie pacientky s diagnózou Alzheimerovy choroby s pozdním začátkem. Autorka měla možnost komunikovat s pacientkou od doby, kdy nastoupila k pobytu v domově seniorů až do doby, kdy progresse jejího onemocnění postoupila tak, že se stala zcela nesoběstačnou a upoutanou na lůžko.

Autorka se na základě zjištěných výsledků snažila porovnat oblasti péče, které byla pacientka schopna sama naplnit. A v kterých oblastech byl nutný zásah ošetrovatelských intervencí. Výzkum byl rozdělen do časového sledu v souvislosti s progresí onemocnění. A to podle zhotoveného testu kognitivních funkcí. Porovnáván byl test s výsledkem 17 bodů – lehké kognitivní omezení a 0 bodů – vážné kognitivní omezení.

Autorka práce měla možnost seznámit se s rodinou paní M., která byla velice vstřícná a nápomocná. Také pacientka sama byla ochotna se výzkumu zúčastnit. Alespoň ze začátku, kdy byla ještě schopna uvědomovat si různé souvislosti.

Důležitou součástí výzkumu bylo připravení si příznivých podmínek pro rozhovory a testování. Nejlepší chvílí k rozhovoru byl čas po jídle. Pokud to bylo možné, zajistila autorka k rozhovoru klidné prostředí bez rušivých elementů. Nejčastěji se rozhovor odehrával u pacientky na pokoji, kde to dobře znala. Občas jí autorka přinesla i kávu, kterou měla paní M. moc ráda.

Po celou dobu výzkumu byla autorka součástí ošetrovatelského týmu a měla proto možnost sledovat přístup a úroveň komunikace v ošetrování pacientky. Paní M. byla mezi personálem oblíbená, jelikož to byla vtipná, i když trochu „zmatená dáma“. Mezi paní M. a autorkou byl navázán přátelský vztah. Bylo důležité se k pacientce chovat vstřícným a pozitivním přístupem. Pokud se autorka zachovala jen trochu direktivněji, vyšetřovaná už odmítla spolupracovat. Proto bylo důležité dbát na jemný přístup. Autorka si byla dobře vědoma pacientčiných nedostatků a potřeb, proto byla schopna efektivně o ni pečovat. Byla si vědoma hygienických

i sociálních návyků. Dopomoc s hygienou (pomoc při sprchování, poskytnutí dostatečného množství inkontinenčních kalhotek a později celková hygiena a výměna plen na lůžku), podávání léků, stravy a odvoz do společných prostor na aktivizační program, byla pečujícími poskytována dle denního harmonogramu.

Při porovnávání potřeb stanovila autorka práce nejdůležitější oblasti, kde se uspokojování těchto potřeb naprosto změnilo. Zásadním bodem pro přežití pacientky byla oblast podávání stravy a tekutin. Tuto potřebu byla pacientka schopna vykonávat zcela soběstačně a z vlastní vůle. Byla schopna si o jídle rozhodovat a dle zdravého úsudku věděla, kdy je syta. Při progresi onemocnění na bodovou škálu 0 bodů, tyto všechny úsudky pacienta ztratila. Nemohla dále tuto potřebu uspokojit samostatně. Zapotřebí bylo uskutečnit ošetrovatelskou péči druhou osobou a podávat pacientce mixovanou stravu a tekutiny stříkačkou, v přesně stanovenou dobu.

Dále se autorka zaměřila na potřebu vylučování. I tato potřeba byla pacientkou naplňována dostatečně. Pacientka se vyprazdňovala pravidelně a ze své vlastní vůle. Chodila na toaletu umístěnou v pokoji. Při progresi onemocnění muselo být postaráno o tuto potřebu druhou osobou. Paní M. již necítila tuto potřebu, proto se jí musely začít dávat pleny na den i na noc a pravidelně je vyměňovat.

Také potřeba komunikace se změnila. Pacientka se účastnila aktivit a trávila čas s ostatními seniory. Malovala, zpívala, cvičila. V porovnání s nynějším stavem, kdy již není schopná navázat jakýkoli verbální či neverbální vztah. Paní M. již nepoznává manžela ani nikoho z rodinných příslušníků. Pacientka je schopna jen vyjádřit emoci strachu či úzkosti. Tato emoce se projevuje ztuhnutím celého těla a „schoulením se do klubíčka“. Potřeba komunikace tedy byla naplněna, nyní již jedině jemným zacházením a klidným hlasem pečujícího.

Potřeba pohybu a vhodné polohy byla uskutečňována pacientkou samostatně. Když jí bolela záda, šla se projít nebo si sednout. Při naměření 0 bodů v testu byla paní M. již upoutána na lůžko. Potřeba vhodné polohy byla tedy uskutečňována pečujícím pravidelným polohováním i jako prevence vzniku proleženin.

Další potřeby vyhodnotila autorka jako uspokojované pacientkou samostatně při stavu lehké kognitivní poruchy. Ve stádiu těžké demence byla paní M. odkázána v plnění těchto potřeb na druhou osobu.

Nevýhody v ošetrování pacientky viděla autorka několik. Nedostatečný čas autorky na paní M. v době, kdy začala mít úzkostné pocity. Cítila beznaděj v souvislosti se zapomínáním a ztrátou osobnosti. Autorka byla s paní M. ve styku velice nepravidelně, kvůli plnění jiných povinností. V tuto chvíli tedy nebylo v silách autorky se pacientce věnovat naplno. Snažila se tedy alespoň upozornit ergoterapeutku, aby se pacientce více věnovala. V první fázi výzkumu autorce také

chyběly informace ze strany zdravotníků. Např. diagnóza klientky, změny chování, pravděpodobný průběh nemoci a zásady vhodného chování v souvislosti s nemocí. Další nevýhodu viděla autorka v návštěvách rodiny. I když se rodina snažila být se svou blízkou osobou co nejvíce, stejně to nestačilo, aby se cítila dlouhodobě šťastná. Kromě své rodiny nenavázala paní M. žádné další sociální vztahy. Jako další nevýhodu péče v takovémto zařízení vyhodnotila autorka z pohledu klientky. Ta si musela zvykat na cizí prostředí a velkou změnu takřka ve všem. V zařízení se v péči o klientku měnil větší počet lidí. Je samozřejmé, že každý ošetřovatel a každá sestra přistupoval rozdílnými způsoby komunikace, vyjadřování i přístupu. Toto vedlo klientku k nejistotě a pocitu beznaděje.

.V momentě, kdy začala být paní M. po návratu z nemocnice odmítavá, mohla autorka více a častěji klientce nabízet aktivizaci. Mohla si s ní více povídat či ji více nabádat k jakékoli činnosti. Ovšem progresse onemocnění, je u Alzheimerovy choroby sice individuální, ale v každém případě nezastavitelná. Lze ji pouze o něco oddálit.

Velkou výhodu autorka viděla v celodenní možné péči o klientku, jelikož zařízení funguje jako zařízení s nepřetržitým provozem.

Při poklesu bodů MMSE a upoutání Paní M. na lůžko se výrazně zvedla potřeba péče o její osobu. Péče vyžadovala pravidelné polohování, krmení a napájení, dohled nad příjmem léků sestrou, dostatečné přebalování a péči o kůži a genitál. V tuto chvíli zde musel personál trávit více času. Manipulace s pacientkou při sprchování také vyžadovala větší fyzickou námahu než zezáčátku, kdy byla schopna si dojít do koupelny a pod dohledem sama celkovou hygienu uskutečnit.

Výsledky této práce by mohly posloužit k dalšímu výzkumu např. v oblasti sociální. Jaký dopad mělo onemocnění nejbližší osoby na rodinné příslušníky. Nebo z pohledu ošetřovatele a jeho zátěže v různých etapách progresse onemocnění.

Práce poukazuje i na potřeby a duševní rozpoložení samotného nemocného. Autorka považuje za důležité uvědomit si i z pacientovy strany, jak se asi cítí a co prožívá.

Alzheimerova choroba se stále řadí mezi nevléčitelné nemoci. Skoro u každého postiženého jedince tato choroba změní od základu jeho život i život rodinných příslušníků. Správnou komunikací, citlivým přístupem, dostatečnou dávkou empatie a péče ve správném prostředí mohou pečující i ošetřující personál zachovat důstojnost nemocným a udržet jejich život co nejdéle kvalitní a naplněný. Stejně tak může dobře kvalifikovaný ošetřující personál pomoci jejich blízkým vyrovnat se s touto realitou a zdolat překážky, které tato nemoc s sebou přináší

11. Seznam literatury

1. Kalvach, Z., & Onderková, A. (2006). *Stáří. Pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetrovatelské péči*. Praha: Galén.
2. Pavlíková, S. (2006). *Modely ošetrovatelství v kostce*. Praha: Grada Publishing, a.s.
3. Schuler, M., & Oster, P. (2010). *Geriatric od A do Z pro sestry*. Praha: Grada Publishing, a.s.
4. Topinková, E. (2005). *Geriatric pro praxi*. Praha: Galén.
5. Jiráček, R., et al. (2009). *Demence a jiné poruchy paměti. Komunikace a každodenní péče*. Praha: Grada Publishing.
6. Žáková, J. (2010). Stručně o demenci. *Sestra*, (02), 71.
7. Franková, V. (2011). *Alzheimerova demence v praxi*. Praha: Mladá fronta.
8. Holmerová, I. (2013). *Strategie České alzheimerovské společnosti P-PA-IA: péče a podpora lidem postiženým syndromem demence: p - podpora, poradenství, pomoc (prostředí pro péči, paliativní přístup) : pa - programové aktivity : ia - individualizovaná asistence (individualizované aktivity)*. Praha: Česká alzheimerovská společnost.
9. Kalvach, P. & Kalvach, Z. (2010) *Demence na prahu 20. století: Praha vs. Frankfurt vs. Mnichov. Psychiatrie*, roč. 14, č. 3, 135-140.
10. *MEDICAL TRIBUNE BREVÍŘ*. (2013). 22. vyd. Praha: MEDICAL TRIBUNE CZ.
11. Carper, J. (2011). *Sto jednoduchých věcí, které můžete udělat proti Alzheimerově nemoci a úbytku paměti*. Praha: Vyšehrad.
12. *Slovník cizích slov*. (2005). 2.vyd. Praha: Ottovo nakladatelství.
13. Rössner, P. (2011). *Psychiatrie pro praxi. Porucha chování a nálady u demencí*. (4). 140- 142.
14. Bergdahl, E., Allard, P., & Gustafson, Y. (2010). *Depression among the very old with dementia*. *International Psychogeriatrics*, 1-8.
15. Gabriel, J. (2010). *Esprit. Alzheimer ničí duševní schopnosti*, (3-4). 17.
16. Koudelková, M., & Nádvorníková, Ž. (2010). *Sestra. Alzheimerova nemoc*, (2). 72-73.
17. Kantorková, M. (2011). *Sestra. Demence – vývojová stadia a doporučení*, (2). 71.
18. Koukolník, F., & Jiráček, R. (1999). *Diagnostika a léčení syndromu demence*. Praha: Grada Publishing.

19. Alzheimercentrum (2014). *Alzheimerova choroba* [online]. In Alzheimercentrum.cz. [cit. 2015-04-21]. Dostupné z WWW: <http://www.alzheimercentrum.cz/alzheimerovo-onemocneni/alzheimerova-choroba/>
20. Kognitivní. *Velký lékařský slovník* [online]. 2008 [cit. 2015-04-21]. Dostupné z WWW: <http://lekarske.slovniky.cz/pojem/kognitivni>
21. Paranoidní. *Velký lékařský slovník* [online]. 2008 [cit. 2015-04-21]. Dostupné z WWW: <http://lekarske.slovniky.cz/pojem/paranoidni>
22. Holmerová, I. (2003). *Sestra. Několik poznámek k péči o pacienty s demencí*. 13 (1). 26.
23. Čechová, L., Bartoš, A., Doležil, D., & Řípová, D. (2011). *Neurologie pro praxi. Alzheimerova nemoc a mírná kognitivní porucha: diagnostika a léčba*, 12 (3). 176-178.
24. Konečná, E. (2013). *Aktivizace seniorů a její využití v domovech pro seniory*. [online]. Diplomová práce. [cit.2015-23-04]. Dostupné z WWW: http://digilib.k.utb.cz/bitstream/handle/10563/20530/kone%C4%8Dn%C3%A1_2013_dp.pdf?sequence=1
25. Pokorná, A. (2010). *Komunikace se seniory*. Praha: Grada Publishing.
26. Hendl, J., (2005). *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál
27. Hort, J., Rusina, R. et al. (2007). *Paměť a její poruchy*. Praha: MAXDORF

12. Seznam použitých zkratk

WHO	World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)
AD	Alzheimerova demence
ACH	Alzheimerova choroba
MMSE	Mini Mental State Examination (orientační diagnostický test kognitivních funkcí)
EU	Evropská unie
TK	Tlak krve
EKG	Elektrokardiografie (funkční vyšetření funkce srdce)
EEG	Elektroencefalograf (diagnostická metoda používaná k záznamu elektrické aktivity mozku)
CT	Počítačová (výpočetní) tomografie (vyšetřovací metoda, kdy je pomocí rentgenového záření umožněno zobrazení vnitřních struktur těla)
USA	Spojené státy americké
stp.	Stav po (např. po operaci)
MOBI	Značka speciálních kalhotek se zabudovanou savou vložkou využívaných při částečné inkontinenci moče.
ICHS	Ischemická choroba srdeční
ANA	American Nursing Association (profesionální organizace na prosazování a ochranu profese ošetřovatelství)
ADL	Barthelův test základních všedních činností

Seznam tabulek

Tab. č. 1 Složky účastníci se procesu diagnostiky demence	9
Tab. č. 2 Stádia demence	14
Tab. č. 3 Farmakoterapie u klientky.....	21

13. Přílohy

13.1 Seznam příloh

Příloha č. 1: MMSE klientky paní M.

Příloha č. 2: Screeningové vyšetření u pacienta s podezřením na demenci

Příloha č. 3: Test škály deprese pro geriatrické pacienty

Příloha č. 4: Ukázka obrázku, který vytvořila paní M. při výši MMSE 17 bodů

Příloha č. 5: Souhlas s prováděním výzkumu

Příloha č. 6: Krátkodobá smyslová aktivizace v domově seniorů

Příloha č. 7: Barthelův test základních všedních činností (ADL)

 **NOVARTIS**

EXELON[®]
transdermální náplast
rivastigminum

1 2 3 4 5 6 7 8

5. Pojmenování předmětu

Za správnou odpověď započítáte 1 bod.

Ukažte náramkové hodinky
Ukažte tužku

Co je to? 1 2 3 4 5 6 7 8
Co je to? 1 2 3 4 5 6 7 8

6. Opakování

Přípustný je pouze 1 pokus.

Za správnou odpověď započítáte 1 bod.

Opakujte po mně:
„Prostě tak a ne jinak.“

1 2 3 4 5 6 7 8

7. Třístupňový příkaz

Položte před pacienta list papíru
a vyzvěte ho k následujícímu úkolu:

*Za každou správně provedenou
činnost započítáte 1 bod.*

Nyní budete mít úkol, který si
nejdříve vyslechnete a pak ho
teprve budete provádět.

Vezmete tento papír do
pravé ruky, přeložíte ho
oběma rukama na polovinu
a položíte ho na zem.

Pravá ruka 1 2 3 4 5 6 7 8
Přeložení 1 2 3 4 5 6 7 8
Položení 1 2 3 4 5 6 7 8

**8. Čtení a vykonání
psaného příkazu**

Ukažte pacientovi spodní část
tohoto testu s napsím „Zavřete oči“
a vyzvěte ho k vykonání příkazu.
Instrukci neopakujte.

*Započítáte 1 bod pouze tehdy, pokud
vyšetřovaný skutečně zavře oči.*

Pokud potřebujete brýle
na čtení, tak si je nyní nasadte.
Přečtěte tento pokyn
a proveďte ho.

1 2 3 4 5 6 7 8

9. Psaní

Dejte vyšetřovanému tužku a papír
a vyzvěte ho k napsání věty.

*Jeden bod započítáte, pokud má věta
podmět (i nevyjádřený) a přísudek a dává
smysl. V textu mohou být pravopisné
a interpunkční chyby.*

Napište do tohoto řádku
jakoukoli jednoduchou větu,
která Vás napadne
a která dává smysl.

1 2 3 4 5 6 7 8

10. Obkreslení obrazce

Dejte vyšetřovanému tužku a papír
a vyzvěte ho k obkreslení obrázku.
Těs ani rotace nevadí.

*Započítáte 1 bod, jestliže jsou
zachovány správně strany,
počet úhlů a 2 překřížení.*

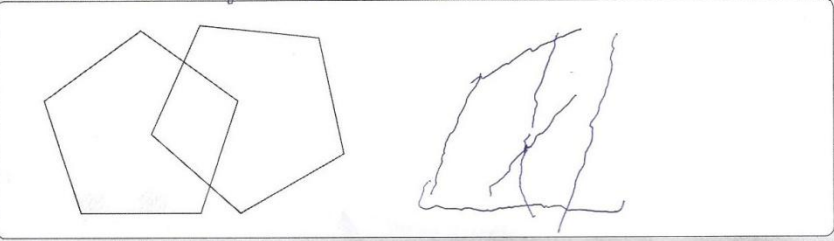
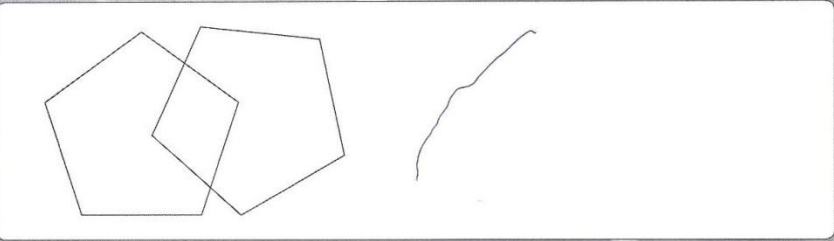
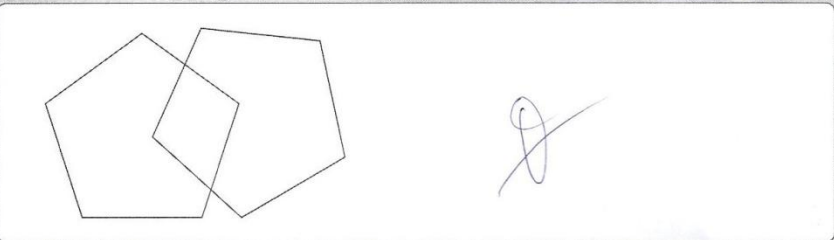
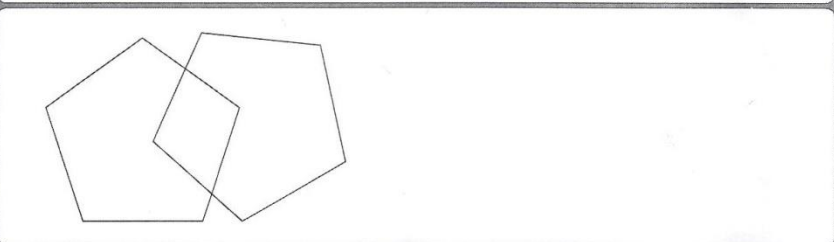
Obkreslete obrázek co
nejpřesněji podle předlohy.

1 2 3 4 5 6 7 8

Testová verze byla vyvíjena ve spolupráci s Doc. MUDr. Alešem Bartošem, Ph.D. z AD Centra
(Psychiatrické centrum Praha a UK 3. LF, Neurologická klinika, Praha)

Celkem 1 2 3 4 5 6 7 8

ZAVŘETE OČI!

Číslo vyšetření	9. <i>Uš bude jasn?</i> 20.3.2013
10.	
Číslo vyšetření	9. 15.7. 2014
10.	
Číslo vyšetření	9. 17.10. 2014
10.	
Číslo vyšetření	9.
10.	

Příloha č. 2: Screeningové vyšetření u pacienta s podezřením na demenci

SCREENINGOVÉ VYŠETŘENÍ U PACIENTA S PODEZŘENÍM NA DEMENCI

+ příloha 1-4

Jméno pacienta

Datum vyšetření

VAROVNÉ PŘÍZNAKY DEMENCE (zaškrtněte)

- | KOGNITIVNÍ | BEHAVIORÁLNÍ | FUNKČNÍ |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> porucha paměti
(především novopaměť) | <input type="checkbox"/> porucha osobnosti
(vztahovačnost,
podrážděnost, pasivita) | <input type="checkbox"/> potíže s komplexními činnostmi,
(v zaměstnání, při řízení auta,
ovládání přístrojů) |
| <input type="checkbox"/> porucha učení | <input type="checkbox"/> porucha emocí
(emoční labilita, deprese,
úzkost) | <input type="checkbox"/> potíže s domácími pracemi,
při používání domácích
spotřebičů |
| <input type="checkbox"/> porucha myšlení
(logika, abstrakce) | <input type="checkbox"/> společensky nevhodné
nebo obtěžující chování | <input type="checkbox"/> problémy v sebeobsluze
(oblékání, osobní hygiena, jídlo) |
| <input type="checkbox"/> porucha řeči
(hledání slov,
vychudnutí řeči) | <input type="checkbox"/> bludy, halucinace,
agresivita | <input type="checkbox"/> ztráta kontinence |
| <input type="checkbox"/> porucha organizování
a plánování aktivit | <input type="checkbox"/> poruchy spánkového
rytmu, noční zmatenost | <input type="checkbox"/> neschopnost komunikovat,
porucha chůze |
| <input type="checkbox"/> dezorientace místem, časem,
osobami, prostorem
(ztrácí se, nepoznává osoby) | | <input type="checkbox"/> plná závislost na pomoci
druhých (ležící pacient) |

Minimální trvání příznaků nejméně 6 měsíců.

Pokud se vyskytne větší počet varovných příznaků, proveďte podrobnější vyšetření.

Příloha č. 3: Test škály deprese pro geriatrické pacienty

ŠKÁLA DEPRESE PRO GERIATRICKÉ PACIENTY	
O t á z k y:	O d p o v ě d i:
1. Jste v podstatě spokojený(-á) se svým životem?	ano/NE
2. Vzdal(-a) jste se v poslední době mnoha činností a zájmů?	ANO/ne
3. Máte pocit, že váš život je prázdný?	ANO/ne
4. Nudíte se často?	ANO/ne
5. Máte většinou dobrou náladu?	ano/NE
6. Obáváte se, že se Vám přihodí něco zlého?	ANO/ne
7. Cítíte se převážně šťastný(-á)?	ano/NE
8. Cítíte se často bezmocný(-á)?	ANO/ne
9. Vysedáváte raději doma, než byste šel(šla) mezi lidi a seznamoval(-a) se s novými věcmi?	ANO/ne
10. Myslíte si, že máte větší potíže s pamětí než vaši vrstevníci?	ANO/ne
11. Myslíte si, že je krásné žít?	ano/NE
12. Napadá vás někdy, že váš život nestojí za nic?	ANO/ne
13. Cítíte se plný(-á) elánu a energie?	ano/NE
14. Máte pocit, že vaše situace je beznadějná?	ANO/ne
15. Myslíte si, že většina lidí je na tom lépe než vy?	ANO/ne
Celkové skóre:	
Hodnocení: za každou odpověď vytištěnou velkými písmeny započítejte 1 bod	
0 - 5 bodů	normální afekt bez deprese
6 - 10 bodů	mírná deprese
nad 10 bodů	manifestní deprese vyžadující podrobné vyšetření

Podle: Sheikh, J. I., Yesavage, J. A.: Clin. Gerontol., 5, 1986, s. 165-172.
 Topinková, E., Neuwirth, J.: Geriatrie pro praktického lékaře. Grade, Praha 1995.

Příloha č. 4: Ukázka obrázku, který vytvořila paní M. při výši MMSE 17 bodů



Příloha č 5: Souhlas s prováděním výzkumu

Souhlas s prováděním výzkumu

Jméno a příjmení: Kristýna Hvězdová, studentka oboru všeobecná sestra

- lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Praze
Kateřinská 32
121 08 Praha 2

Název práce: Demence u seniorů

Náplň výzkumu: V bakalářské práci vypracuji kazuistiku klientky s diagnózou Alzheimerovy choroby s pozdním začátkem. Sběr údajů pro tuto kazuistiku se uskuteční v Domově seniorů s.r. o., v Praze – Michli, kde autorka vypomáhala v ošetřování a při péči o seniory

Vedoucí práce: Mgr. Eva Marková, Ph.D.

Podpisem tohoto dokumentu je studentka Kristýna Hvězdová zmocněna k nahlížení do zdravotnické dokumentace vybraných uživatelů.

Výsledky výzkumu budou na případnou žádost poskytnuty organizaci.

Prohlašuji, že zjištěná data budou zpracovány jen za účelem napsání této bakalářské práce, a že všichni uživatelé i veškeré informace související s nahlížením do zdravotnické dokumentace, zůstanou v anonymitě.

Ředitelka Domova seniorů, s.r. o. Věra Barešová

Vrchní sestra: Mgr. Ivana Svatoňová



Dom seniorů Michle s.r.o.
Čapkova 13, Praha 4 - Michle
tel.: 261 222 789, 261 223 842(3)
info@dumseniorumichle.cz
IČ: 250 86 069 DIČ: CZ25086069

22.1.2014

Příloha č. 6: Krátkodobá smyslová aktivizace v domově seniorů

Krátkodobá smyslová aktivizace

Denně 12,30 – 14,00

Každá aktivizace začíná pozdravem, stisknutím ruky, očním kontaktem – je důležité emoční a verbální sblížení. Dejte klientovi dostatečné množství času pro slovní odpověď, pro vyjádření pocitů a pro vyprávění příběhů.

Krátkodobá aktivizace by měla sestávat z těchto bodů:

1. Správné navázání kontaktu
2. Komunikace
3. Vytvoření vztahu
4. Práce se vzpomínáním a pamětí
5. Trénink v nacházení slov
6. „Znovuvybudování“ schopnosti sociální komunikace
7. Pozorné, opatrné a ohleduplné chování ke klientovi
8. Uspokojení základních potřeb – sociální kontakt, uznání, pozitivní hodnocení, pozornost, emoční sblížení, sociální jistota, komunikace.

Velký význam má pravidelnost – zlepšení může nastat, jestliže se krátkodobá aktivizace provádí každodenně.

S klienty s demencí je velmi důležitá práce se vzpomínkami, slovní zásobou, s předměty, které jsou klientům blízké (fotografie, sošky, obrázky, apod.). O každé oblíbené věci by měl proběhnout rozhovor – kdo je na fotografii, kde jste se fotili, kdo Vás fotil, v kterou roční dobu, jaké vzpomínky, pocity a slova vás napadají, když si fotografii prohlížíte, atd. Životopisná práce – např. víte, že klient vyrůstal na Šumavě. Budete tedy klást příslušné otázky cílené na vzpomínání – Kde na Šumavě jste vyrůstal, mohl byste mi na mapě ukázat svoje rodiště, nebo je vyhledáme společně, jaké pocity, vzpomínky se vám vybaví při prohlížení těch fotografií, mapy, atd.

Na závěr poděkujte za společně strávený čas, za osobní rozhovor, za příhody z klientova života a opět ukončete setkání stiskem ruky.

Pozorujte vývoj a změny u klientů. Zpočátku klad'te důraz na psychické změny, protože se v této oblasti může mnoho věcí měnit a vyvíjet.

Příloha č. 7: Barthelův test základních všedních činností (ADL)

BARTHELŮV TEST ZÁKLADNÍCH VŠEDNÍCH ČINNOSTÍ (ADL)		
Činnost:	Provedení činnosti:	Bodové skóre:
1. najedení, napití	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
2. oblékání	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
3. koupání	samostatně nebo s pomocí	5
	neprovede	0
4. osobní hygiena	samostatně nebo s pomocí	5
	neprovede	0
5. kontinence stolice	plně kontinentní	10
	občas inkontinentní	5
	trvale inkontinentní	0
6. kontinence moči	plně kontinentní	10
	občas inkontinentní	5
	inkontinentní	0
7. použití WC	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
8. přesun lůžko - židle	samostatně bez pomoci	15
	s malou pomocí	10
	vydrží sedět	5
	neprovede	0
9. chůze po rovině	samostatně nad 50 m	15
	s pomocí 50 m	10
	na vozíku 50 m	5
	neprovede	0
10. chůze po schodech	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
Celkové skóre:		

Hodnocení stupně závislosti v základních všedních činnostech :	
0 - 40 bodů	vysoce závislý
45 - 60 bodů	závislost středního stupně
65 - 95 bodů	lehká závislost
100 bodů	nezávislý

Podle: Mahoney, F. L., Barthel, D. W.: Md. State Med. J., 14, 1965, s. 61-65.

Wade, S. L.: Arch. Phys. Med. Rehabil., 64, 1983, s. 20-26.

Topinková, E., Neuwirth, J.: Geriatric pro praktického lékaře. Grade, Praha 1995.

